

与薬連絡票 依頼先 こばと保育園 H 年 月 日

クラス	名前		保護者名	
主治医	医院・病院		先生	
症状 病名				
処方日	平成	年	月	日
				日分
剤型	粉（包）・錠剤（個）・シロップ・その他（ ）			
保管方法	常温 ・ 冷蔵			
内服時間	食後 ・ その他（ ）			
連絡事項等				
★ お 願 い ★	*薬剤情報を同封して下さい。			
	*できるだけ自宅で服用できるよう主治医と相談をして下さい *医師からの処方の薬のみ対応しますので、市販薬・以前処方された薬は、預かれません。 *薬は1回分のみ預かります。シロップは1回分を計量して持参して下さい。 *保管法が冷蔵の場合は、クーラーバック・保冷材等を使用し て持参して下さい。 *解熱剤・点鼻薬・気管支拡張剤等は預かる事ができません。			
月日	受付職員		投与職員	投与時間
/	月			：
/	火			：
/	水			：
/	木			：
/	金			：
/	土			：

与薬連絡票 依頼先 こばと保育園 H 年 月 日

クラス	名前		保護者名	
主治医	医院・病院		先生	
症状 病名				
処方日	平成	年	月	日
				日分
剤型	粉（包）・錠剤（個）・シロップ・その他（ ）			
保管方法	常温 ・ 冷蔵			
内服時間	食後 ・ その他（ ）			
連絡事項等				
★ お 願 い ★	*薬剤情報を同封して下さい。			
	*できるだけ自宅で服用できるよう主治医と相談をして下さい *医師からの処方の薬のみ対応しますので、市販薬・以前処方された薬は、預かれません。 *薬は1回分のみ預かります。シロップは1回分を計量して持参して下さい。 *保管法が冷蔵の場合は、クーラーバック・保冷材等を使用し て持参して下さい。 *解熱剤・点鼻薬・気管支拡張剤等は預かる事ができません。			
月日	受付職員		投与職員	投与時間
/	月			：
/	火			：
/	水			：
/	木			：
/	金			：
/	土			：