

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	塗薬 ・ 点眼 ・ その他 ()			
保管方法	常温 ・ 冷蔵			
処置時間	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。			
	*できるだけ自宅で処置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。			
	*ガーゼ・テープ等が必要な場合は持参して下さい。			
	*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		処置職員	処置時間
/	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	塗薬 ・ 点眼 ・ その他 ()			
保管方法	常温 ・ 冷蔵			
処置時間	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。			
	*できるだけ自宅で処置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。			
	*ガーゼ・テープ等が必要な場合は持参して下さい。			
	*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		処置職員	処置時間
/	月			:
/	火			:
/	水			:
/	木			:
/	金			:
/	土			: