与薬連絡票（保護者記載用）

令和　　年　　月　　日（　　）	
園児氏名	（　　組）
主治医　　医院　　先生 電　話　　（　　）	
病名（または症状）	
持参した薬　　年　　月　　日に処方された　　日分のうち（　）日分 薬の内容　　抗アレルギー・外用薬（　　）	
使用する期間 使用する時間　　食前　　食後　　食間 その他 具体的に（　　）	
外用薬などの使用方法	
その他注意事項	

※太枠線内を記入してください。

※**薬剤情報提供書**を添付してください。

※お預かりした外用薬は週末には一度お返しいたしますので、次週も継続使用の方は再度ご提出願います。

受領時刻　　月　　日　　：　　受領者（保育士）サイン＿＿＿＿＿＿＿＿

与薬時刻　　月　　日　　：　　与薬者（保育士）サイン＿＿＿＿＿＿＿＿

キリトリ

（以下保育園記載）

児童氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

与薬時刻　　月　　日　　：

与薬者（保育士）サイン＿＿＿＿＿＿＿＿

・未記入の場合は与薬できません。
・園の諸事情により依頼通りの与薬ができない場合もありますのでご了承ください。
・与薬については保護者の責任となりますのでご了承ください。