

投 薬 連 絡 票

薬 に 関 す る 投 薬 連 絡 票				認定こども園しろはと
日 時	令和 年 月 日 ()			
クラス名	組	園 児 名		
保護者名	⑩	連 絡 先	緊急時に連絡のつくところ	
病 院 名				
病名（症状）				
薬の内容	抗生物質 咳 止 め 目 風 邪 薬 外 用 薬 ()			
服用する時間	食 前 食 後 そ の 他 ()			
注意事項				
受領者サイン			投薬者サイン	

※薬と投薬連絡票を必ず職員に保護者から手渡して下さい。

※内服薬は必ず 1 回分だけお持ち下さい。シロップ剤も 1 回分に取り分けてお持ちください。

※薬の袋や容器にも名前を書いて下さい。

投 薬 連 絡 票

薬 に 関 す る 投 薬 連 絡 票				認定こども園しろはと
日 時	令和 年 月 日 ()			
クラス名	組	園 児 名		
保護者名	⑩	連 絡 先	緊急時に連絡のつくところ	
病 院 名				
病名（症状）				
薬の内容	抗生物質 咳 止 め 目 風 邪 薬 外 用 薬 ()			
服用する時間	食 前 食 後 そ の 他 ()			
注意事項				
受領者サイン			投薬者サイン	

※薬と投薬連絡票を必ず職員に保護者から手渡して下さい。

※内服薬は必ず 1 回分だけお持ち下さい。シロップ剤も 1 回分に取り分けてお持ちください。

※薬の袋や容器にも名前を書いて下さい。