薬の連絡票

依頼者	園 児 名： クラス名：		保護者名 連絡先： 連絡先電話番号：
主治医	（　　）病院・医院　　電話番号：		
病名（症状）			
薬	① 処　方	令和　　年　　月　　日に処方された　　日分のうちの本日分	
	② 保　管	・室温　・冷蔵庫　・その他（　　）	
	③ 剤　型	・粉　・液（シロップ）　・外用薬　・その他（　　）	
	④ 内　容	・抗生物質　・解熱剤　・咳止め　・下痢止め　・かぜ薬 ・外用薬（　　）	
	⑤ 服用時間	**食前　・　食後　・　その他（　　）**	
	⑥ 外用薬等の使用法		
	⑦ 注意事項		
こども園記載欄	与薬状況	月　　日 午前・午後　　時　　分	投与者名：