

連 絡 票

(保護者記載用)

平成 年 月 日

依 頼 先	青 森 認 定 こ ど も 園		
組 名		園 児 氏 名	
依頼者:保護者氏名		連絡先	☎
医 療 機 関 名	病院・医院	連絡先	☎
病 名 ・ 症 状			
① 持参したくすり	年 月 日に処方された 日分のうち本日分		
② くすりの内容	<input type="checkbox"/> 抗生物質() ・ <input type="checkbox"/> 咳止め()		
	<input type="checkbox"/> かぜ薬() ・ <input type="checkbox"/> 下痢止め() <input type="checkbox"/> 外用薬() ※()内には薬の名前をかいてください。		
③ 薬の剤型	<input type="checkbox"/> 粉 (種類) ・ <input type="checkbox"/> シロップ (種類)		
	<input type="checkbox"/> 外用薬 (種類) ・ <input type="checkbox"/> その他 ()		
④ 内服・使用時間	<input type="checkbox"/> 食前 ・ <input type="checkbox"/> 食間 ・ <input type="checkbox"/> 食後 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()		
⑤ 保 管	<input type="checkbox"/> 室温 ・ <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()		
※ ②～⑤の口欄の該当する箇所を✓してください。			
⑥ 外用薬などの 使用法			
⑦ その他の 注意事項			
上記の薬の与薬を依頼する日	保 育 園 記 載		
	受領者サイン	投与者サイン	投 与 時 間
月 日 ()			食前 ・ 食間 ・ 食後 その他()
月 日 ()			食前 ・ 食間 ・ 食後 その他()
月 日 ()			食前 ・ 食間 ・ 食後 その他()
月 日 ()			食前 ・ 食間 ・ 食後 その他()
月 日 ()			食前 ・ 食間 ・ 食後 その他()
※ ①～⑦に記載した内容に変更(種類や数)がある場合は、改めて新しく『連絡票』記入し提出して下さい。 ※ 上記の薬を持参する期間は、毎日この連絡票を提出してください。			

月 日 本日で、上記のくすりの持参を終わります。