

与薬連絡票

- ◎ お子様の与薬をご希望の場合、毎回下記の与薬連絡票に**すべて記入して**お知らせください。
- ◎ お薬には、お子様のお名前をマジック等でご記入ください。
- ◎ お薬と与薬連絡票は、**透明のものに入れて**持参してください。
- ◎ お薬は、必ず職員に**手渡して**渡してください。

※与薬連絡票がない場合は、お薬を飲ませることが出来ませんのでご了承ください。

コピーして御使用ください

与薬連絡票			
クラス名 _____			
お子様の氏名 _____			
医療機関名(_____)病院(_____)先生			
TEL -			
日	付	:	曜日
薬の種類 (○で囲んでください) 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ その他() ()個 ()個 ()個 ()個			
病気の症状とそれに対する薬の効能・与薬時間帯 などにご記入ください。			
投与者印又はサイン _____			
----- きりとり -----			
※幼稚園記入欄			
_____ 月 _____ 日 _____ 様			
【特記事項】			
投与者印又はサイン _____			

与薬連絡票			
クラス名 _____			
お子様の氏名 _____			
医療機関名(_____)病院(_____)先生			
TEL -			
日	付	:	曜日
薬の種類 (○で囲んでください) 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ その他() ()個 ()個 ()個 ()個			
病気の症状とそれに対する薬の効能・与薬時間帯 などにご記入ください。			
投与者印又はサイン _____			
----- きりとり -----			
※幼稚園記入欄			
_____ 月 _____ 日 _____ 様			
【特記事項】			
投与者印又はサイン _____			