

く す り 連 絡 票

年 月 日

記入者氏名	
児童氏名	
病 名	
処方した医療機関名	
薬の種類	<input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> その他 ( )
薬の保管	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 要冷蔵 <input type="checkbox"/> その他 ( )
薬の飲ませ方 (薬の説明書写しも添 付してください)	<input type="checkbox"/> 抗生物質 食前・食後・その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 咳止め 食前・食後・その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 下痢止め 食前・食後・その他 ( )
	<input type="checkbox"/> その他 食前・食後・その他 ( )

【注意事項】

1. 預かることのできる薬は、医師から処方された薬のみです。
2. 薬は、1回分ずつに分けてお持ちください。
3. 薬の袋や容器には、必ず名前を書いください。
4. 薬は必ず保護者から職員に直接お渡しする事をお願いいたします。

お預かりした薬は、次のとおり投薬いたしました。

受取者名	
投薬者名	
投薬時間	食前 ・ 食後 ・ その他 時 分
連絡事項	

年 月 日

大成学園かさまこども園