

・病児スマイル ・病児オリーブ ・病後児りんどう

薬連絡票(保護者記載)

年 月 日 記			
依頼者 保護者氏名			
園児氏名		男・女	歳 月
薬を処方した病院名・診断された病名			
病院名			
病名			
①保管方法			
室温 ・ 冷蔵庫			
②薬の名前(記入例:カルボシステイン・ビオフェルミン)			
粉薬		包	
シロップ		種類	
その他		種類	
※容器や薬の袋にクラス・氏名・薬剤名・与薬のタイミングの記入をお願いします			
③使用する日時			
年 月 日		時 分	
食前 ・ 食後			
④投薬の方法(指定のある方のみ記入)			
⑤その他の注意事項			
保育園記入欄	受領者サイン		投薬日時 月 日
	確認者サイン		午前・午後 時 分
	投薬者サイン		

* 記入漏れ等がありましたら、投薬ができないのでご了承ください。

・病児スマイル ・病児オリーブ ・病後児りんどう

薬連絡票(保護者記載)

年 月 日 記			
依頼者 保護者氏名			
園児氏名		男・女	歳 月
薬を処方した病院名・診断された病名			
病院名			
病名			
①保管方法			
室温 ・ 冷蔵庫			
②薬の名前(記入例:カルボシステイン・ビオフェルミン)			
粉薬		包	
シロップ		種類	
その他		種類	
※容器や薬の袋にクラス・氏名・薬剤名・与薬のタイミングの記入をお願いします			
③使用する日時			
年 月 日		時 分	
食前 ・ 食後			
④投薬の方法(指定のある方のみ記入)			
⑤その他の注意事項			
保育園記入欄	受領者サイン		投薬日時 月 日
	確認者サイン		午前・午後 時 分
	投薬者サイン		

* 記入漏れ等がありましたら、投薬ができないのでご了承ください。