くすり連絡票

記入月日　　月　　日（　　曜日）

組		名前		保護者名	
病名				かかった病院名	病院 医院

★持参した薬は・・・

1．　　月　　日に処方されたものです。

2．薬の剤型　・粉　・シロップ　・外用薬　・その他（　　）

3．服用時間　・食前　・食間　・食後　・その他（　　）

★ 薬の飲み方・外用薬の使用方法	
★ その他（注意事項など）	

投与時間	／（　） AM　： PM　：	／（　） AM　： PM　：	／（　） AM　： PM　：	／（　） AM　： PM　：	／（　） AM　： PM　：	／（　） AM　： PM　：
投与者印						

★注意事項

（1）持参する薬は、必ず氏名を記入して下さい。
　　※氏名のないものは投与できません
（2）**持参する薬は１回分**にして下さい。
（3）医師の処方でない市販薬は園で投与できませんので、持参しないで下さい。
（4）座薬は持参しないで下さい。

用紙受取者

切り取り線

くすり連絡票

記入月日　　月　　日（　　曜日）

組		名前		保護者名	
病名				かかった病院名	病院 医院

★持参した薬は・・・

1．　　月　　日に処方されたものです。

2．薬の剤型　・粉　・シロップ　・外用薬　・その他（　　）

3．服用時間　・食前　・食間　・食後　・その他（　　）

★ 薬の飲み方・外用薬の使用方法	
★ その他（注意事項など）	

投与時間	／（　） AM　： PM　：	／（　） AM　： PM　：	／（　） AM　： PM　：	／（　） AM　： PM　：	／（　） AM　： PM　：	／（　） AM　： PM　：
投与者印						

★注意事項

（1）持参する薬は、必ず氏名を記入して下さい。
　　※氏名のないものは投与できません
（2）**持参する薬は１回分**にして下さい。
（3）医師の処方でない市販薬は園で投与できませんので、持参しないで下さい。
（4）座薬は持参しないで下さい。

用紙受取者

切り取り線