くすり連絡票 年 月 日

原尾島こども園											
クラス											
園児氏名											
(薬の件でお聞きしたいことがある場合ご連絡させて頂きます。) 薬を調剤した病院											
— - 病名		 薬名 				- 薬 の 剤 型	シロップ剤 粉薬	ある・ない			
薬剤情報提供書 あり・なし											
園記載	日付	/	/	/	/	/	/	/			
	受領者サイン										
	投与者サイン										

くすり連絡票

年 月 日

原尾島こども園											
クラス											
園児日											
保護者の方の緊急連絡先											
(薬の件でお聞きしたいことがある場合ご連絡させて頂きます。)											
— - — - — - — 病名			—————————————————————————————————————				シロップ剤	ある・ない			
						の 剤 型	粉薬				
園記載	日付	/	/	/	/	/	/	/			
	受領者サイン										
	投与者サイン										