

## くすり連絡票

令和 年 月 日

| こども園 城東チャイルドセンター宛               |        |   |    |   |   |       |        |   |
|---------------------------------|--------|---|----|---|---|-------|--------|---|
| クラス                             |        |   |    |   |   |       |        |   |
| ふりがな                            |        |   |    |   |   |       |        |   |
| 園児氏名                            |        |   |    |   |   | 男 ・ 女 |        |   |
| 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いただきます) |        |   |    |   |   |       |        |   |
| 薬を調剤した病院                        |        |   |    |   |   |       |        |   |
| * 医療行為にあたるので、なるべく家で飲むようにしてください。 |        |   |    |   |   |       |        |   |
| 病名                              |        |   | 薬名 |   |   |       | 包<br>瓶 |   |
| 使用する時間 給食後のみ                    |        |   |    |   |   |       |        |   |
| 薬剤情報提供書 あり ・ なし                 |        |   |    |   |   |       |        |   |
| 保育<br>園<br>記<br>載               | 日付     | / | /  | / | / | /     | /      | / |
|                                 | 受領者サイン |   |    |   |   |       |        |   |
|                                 | 投与者サイン |   |    |   |   |       |        |   |

\*薬包へも氏名の記入をお願いします

\*内容が変更になった場合は新しい連絡票にして頂くか変更になった箇所だけ訂正をお願いします

## くすり連絡票

令和 年 月 日

| こども園 城東チャイルドセンター宛               |        |   |    |   |   |       |        |   |
|---------------------------------|--------|---|----|---|---|-------|--------|---|
| クラス                             |        |   |    |   |   |       |        |   |
| ふりがな                            |        |   |    |   |   |       |        |   |
| 園児氏名                            |        |   |    |   |   | 男 ・ 女 |        |   |
| 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いただきます) |        |   |    |   |   |       |        |   |
| 薬を調剤した病院                        |        |   |    |   |   |       |        |   |
| * 医療行為にあたるので、なるべく家で飲むようにしてください。 |        |   |    |   |   |       |        |   |
| 病名                              |        |   | 薬名 |   |   |       | 包<br>瓶 |   |
| 使用する時間 給食後のみ                    |        |   |    |   |   |       |        |   |
| 薬剤情報提供書 あり ・ なし                 |        |   |    |   |   |       |        |   |
| 保育<br>園<br>記<br>載               | 日付     | / | /  | / | / | /     | /      | / |
|                                 | 受領者サイン |   |    |   |   |       |        |   |
|                                 | 投与者サイン |   |    |   |   |       |        |   |

\*薬包へも氏名の記入をお願いします

\*内容が変更になった場合は新しい連絡票にして頂くか変更になった箇所だけ訂正をお願いします