

(お薬連絡票)

お薬連絡票

蒲こども園 様

私は〔病院名 _____ 〕で
〔処方年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日〕に処方された薬を

_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

まで蒲こども園の職員に飲ませて頂きたく申請します。

なお、万が一、投薬後に起こる様々な症状について、責任を一切
蒲こども園に問いません。

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者（保護者）氏名 _____

投薬希望園児 _____ 組 氏名 _____

薬の服用シート

病名		
	飲み薬	塗り薬
薬名		
薬の種類 (該当する 物に○)	・ 水薬 (_____ 個) ・ 錠剤 (_____ 個) ・ 粉薬 (_____ 包) ・ その他	塗る部分
		塗り方 ・ 擦りこむ ・ 表面だけ塗る ・ その他 (_____)
服用時間	・ 昼食前 ・ 昼食後 ・ 時間指定の場合 (_____ 時 _____ 分頃)	塗る時間
		連絡事項