

お薬連絡票

園児名 _____ クラス _____

診断名 _____

受診病院 _____ 受診日 _____ 月 _____ 日

投薬期間 月 日() ~ 月 日()

内服薬・・・ 粉薬 計 包 シロップ・・・ 1回量 ml

投薬時間・・・該当するものに○をしてください

- ・ 昼食前
- ・ 昼食後
- ・ その他()

軟膏 ・ 点眼薬

- ・軟膏・・・塗布する部位 [_____]
- ・点眼・・・右眼 ・左眼 ・両眼
- ・薬使用時の注意点、飲ませ方等 [_____]

月 日	受取T	確認	受取T	使用T	月 日	受取T	確認	受取T	使用T
薬を使用した時間					薬を使用した時間				
体温・登園時				保護者	体温・登園時				保護者
確認					確認				
薬を使用した時間					薬を使用した時間				
体温・登園時				保護者	体温・登園時				保護者
確認					確認				
薬を使用した時間					薬を使用した時間				
体温・登園時				保護者	体温・登園時				保護者
確認					確認				
薬を使用した時間					薬を使用した時間				
体温・登園時				保護者	体温・登園時				保護者
確認					確認				
薬を使用した時間					薬を使用した時間				
体温・登園時				保護者	体温・登園時				保護者
確認					確認				