

# くすりの連絡票

つくばさくら 保育園

保護者氏名

令和 年 月 日提出

\* 処方内容が分かる書類(お薬手帳等)のコピーをセットにして提出してください。

薬を必要とする園児名	クラス ( ) 組		
病名 (又は症状)			
薬剤名			
薬の内容	・内服薬 ・塗り薬 ・点眼薬 ・座薬 ・その他( )		
用途方法			
受診した病院名	調剤薬局名		
持参薬の処方日と期限	令和 年 月 日に処方	令和 年 月 日迄有効	
その他 (伝えたい事)			

受領日時	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
受領者氏名						
投薬時刻	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
投薬者氏名						
その他						

園長	主任	看護師	担任