

与薬連絡票

依頼日	平成 年 月 日
保護者氏名	
子供の氏名	
医療機関名（主治医名）	
電話番号	
病名（症状）	
体温	度 分
朝の与薬時間	時 分
与薬時間（保育園で与薬して欲しい時間）	午前・午後 時 分
薬の内容	
その他	

* 上記は必ずご記入ください。

受領者	
与薬時間	午前・午後 時 分
与薬者	
その他	

1. 記載もれがある場合は与薬できません。
2. 必ず職員に手渡してください。
3. 必ず、1回分ずつをもってきてください。

.....キ.....リ.....ト.....リ.....セ／.....ン.....

.....**さんの保護者様**.....

平成 年 月 日 午前・午後 時 分

薬の内容 [] 与薬致しました。

与薬者 []