

# 薬 連絡票（保護者記載用）

年 月 日

幼保連携型認定こども園 <p style="text-align: center;">なかつ幼稚園</p>	クラス
保護者氏名	園児氏名
連絡先 電話（携帯）	
病院名	
病名（症状）	
① 病院での処方日 年 月 日	
② 保管は 常温・冷蔵庫・その他（ ）	
③ 薬の剤型 該当するものに○（粉・シロップ液・外用薬・その他 ）	
④ 薬の内容 （抗生物質・咳止め・下痢止め・かぜ薬・外用薬・その他 ）	
⑤ 投与する期間 月 日 ～ 月 日	
⑥ 投与する時間 食事（ 前 ・ 後 ） （その他 ）	

月 日（ ） 薬持参者 父 母 祖父 祖母 その他（ ）	投与者サイン	投与時間 時 分
月 日（ ） 薬持参者 父 母 祖父 祖母 その他（ ）	投与者サイン	投与時間 時 分
月 日（ ） 薬持参者 父 母 祖父 祖母 その他（ ）	投与者サイン	投与時間 時 分
月 日（ ） 薬持参者 父 母 祖父 祖母 その他（ ）	投与者サイン	投与時間 時 分
月 日（ ） 薬持参者 父 母 祖父 祖母 その他（ ）	投与者サイン	投与時間 時 分
月 日（ ） 薬持参者 父 母 祖父 祖母 その他（ ）	投与者サイン	投与時間 時 分
月 日（ ） 薬持参者 父 母 祖父 祖母 その他（ ）	投与者サイン	投与時間 時 分
月 日（ ） 薬持参者 父 母 祖父 祖母 その他（ ）	投与者サイン	投与時間 時 分
月 日（ ） 薬持参者 父 母 祖父 祖母 その他（ ）	投与者サイン	投与時間 時 分

◎投与が終わりましたら、連絡票を園にもどしてください。