

## お薬連絡票（本日一回分）

社会福祉法人 たつの子会 三種たつのご保育園

依頼年月日	令和 年 月 日（ 曜日）			
組・児童名	組 名前			
保護者名				
病院名				
病名・症状				
薬について	保管場所	冷蔵庫	室温	その他
	薬の形状	粉	シロップ	外用薬
	薬の内容	抗生物質	整腸剤	咳止め 下痢止め
		風邪薬		
	外用薬	（薬名）		
	塗る部位	（ ）		
朝の服用時間	時	分		
備考（家庭から）				
与薬依頼時間	食前	食後	食間（ ）	時間おき
	その他			
※与薬時間	時	分		
※受領者				
※投与者				
※異常なし	異常あり（ ）			
※服用後	（ ）			

※印は保育園で記入します。

- ・薬ひとつひとつに必ず名前を記入してください。
- ・記入漏れがあったり、薬の分量が一回分でない場合は、服用させないこともあります。

◆土曜日は薬の服用はできません。

## お薬連絡票（本日一回分）

社会福祉法人 たつの子会 三種たつのご保育園

依頼年月日	令和 年 月 日（ 曜日）			
組・児童名	組 名前			
保護者名				
病院名				
病名・症状				
薬について	保管場所	冷蔵庫	室温	その他
	薬の形状	粉	シロップ	外用薬
	薬の内容	抗生物質	整腸剤	咳止め 下痢止め
		風邪薬		
	外用薬	（薬名）		
	塗る部位	（ ）		
朝の服用時間	時	分		
備考（家庭から）				
与薬依頼時間	食前	食後	食間（ ）	時間おき
	その他			
※与薬時間	時	分		
※受領者				
※投与者				
※異常なし	異常あり（ ）			
※服用後	（ ）			

※印は保育園で記入します。

- ・薬ひとつひとつに必ず名前を記入してください。
- ・記入漏れがあったり、薬の分量が一回分でない場合は、服用させないこともあります。

◆土曜日は薬の服用はできません。