

与薬連絡票

認定こども園よしかわ保育園 園長殿

下記の通り与薬をお願いいたしたく、依頼いたします。

依頼日： R 年 月 日（ 曜日）

ク ラ ス		保護者	氏 名	
園児氏名			連 絡 先	

病 名				
症 状				
受診医療機関			TEL	
受 診 日	年 月 日			
処方箋の内容				
使用 方 法				
与 薬 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日			
与 薬 時 間	食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ その他（ ）			
備 考				

※市販薬の与薬、および上記に記載されていない処方箋の与薬はできません。

※1 回分のみ持参して下さい

※薬剤情報（薬剤情報提供書）の提出をお願い致します。

【園使用欄】内服薬

与 薬 日 時	/	/	/	/	/
	:	:	:	:	:
与 薬 者					