

C

くすり連絡票		令和 年 月 日 ()	
		クラス名	
医師の指示通りに保護者による投薬ができませんのでよろしくお願い致します。		園児名	
		保護者名	(印)
くすりに関する事項	※ 該当するものに○をしてください。		
	① くすりの内容 風邪薬 ・ 抗生物質 ・ 下痢止め		
	② くすりの種類 粉(包) ・ 液(シロップ)(メモリ) ・ 錠剤(錠)		
投薬方法	③ 保管は、室温 ・ 冷蔵庫		
	① 投薬日 月 日	幼稚園記入欄	受領者サイン:
② 使用するタイミング 食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他()	投薬者サイン:		
	投薬時間: 時 分		
	投薬後の様子 異常あり ・ 異常なし		
備考			

キリトリ

C

くすり連絡票		令和 年 月 日 ()	
		クラス名	
医師の指示通りに保護者による投薬ができませんのでよろしくお願い致します。		園児名	
		保護者名	(印)
くすりに関する事項	※ 該当するものに○をしてください。		
	① くすりの内容 風邪薬 ・ 抗生物質 ・ 下痢止め		
	② くすりの種類 粉(包) ・ 液(シロップ)(メモリ) ・ 錠剤(錠)		
投薬方法	③ 保管は、室温 ・ 冷蔵庫		
	① 投薬日 月 日	幼稚園記入欄	受領者サイン:
② 使用するタイミング 食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他()	投薬者サイン:		
	投薬時間: 時 分		
	投薬後の様子 異常あり ・ 異常なし		
備考			