

くすりの連絡票（保護者記載用）

幼保連携型認定こども園金城幼稚園・保育園において、薬を下記のとおり与えることを依頼します。

令和 年 月 日記載

依頼先	幼保連携型認定こども園金城幼稚園・保育園（ ）組
依頼者	保護者氏名 今日の連絡先 電話番号 — — 園児氏名 (歳 ヲ月)
主治医	氏名 電話番号 — — (病院 ・ 医院)
病名または 症状	
薬について	① 本日、持参した薬は 年 月 日に処方された 日間の本日分 ② 薬の名前は _____ です。 ③ 薬の与え方は1回に 錠 包 与える。
申し合わせ事項 その他	

*注意

薬の袋に園児の氏名と与える日付を書いて、「薬の連絡票」と一緒に職員に直接手渡してください。

処理欄	受付者氏名	
	投薬者氏名	
	投薬時刻	年 月 日 時 分