投薬等の連絡票

小川幼稚園

下記に記入の上、**薬と一緒に**担任へお渡し下さい。医師の処方箋のみお預かり致します。**解熱剤、市販薬はお預かりできません。**

投薬等の依頼月日	平成　　年　　月　　日
期間を定める場合	平成　　年　　月　　日～　　月　　日まで

クラス　　組　園児氏名

保護者氏名　　㊞　連絡先　（　　）

病　名	医療機関名	薬の処方箋日 平成　　年　　月　　日

投与する薬の種類　抗生剤（　　包）　下痢止め（　　包）　咳止め（　　包）
目　薬（　　滴）　点 鼻 薬（　　回）　塗り薬
その他（詳細に　　）

昼食前	分	水　・　粉　・　その他（　　）
昼食後	分	水　・　粉　・　その他（　　）
その他	分	水　・　粉　・　その他（　　）

連絡事項		投与の方法	

受付教職員 ㊞	投与した教職員 ㊞