

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	令和 年 月 日			
期間を定める場合	令和 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) 目薬 (滴) その他 (詳細に)	下痢止め (包) 点鼻薬 (回)	咳止め (包) 塗り薬	
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 _____ ㊞	