与薬連絡票（保護者記載用）

令和　　年　　月　　日　記

依頼先　幼保連携型認定こども園　錦ヶ丘

依頼者　保護者氏名　　印　連絡先

園児名　　組　男・女

生年月日　平成・令和　　年　　月　　日（　　歳　　カ月）

主治医／病院名　　/　　TEL

病名（症状）＜　　＞

①持参した薬は　令和　　年　　月　　日処方

②保管は　常温　・　冷蔵庫　・　その他（　　）

③薬の剤形　粉　・　液（シロップ）　・　外用薬　・　点眼薬　・　その他

④薬の内容　抗生物質　・　その他（　　）

⑤使用する日時　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

午前・午後　　時　　分　または食後　　分前・　　分後

⑥使用法（具体的に記入）・注意事項など

※園記入欄※

日付	受領者	与薬者	与薬時刻	園長印

日付	受領者	与薬者	与薬時刻	園長印