

## くすりの連絡票

下記の通り、私に代わり投薬をお願いします。  
 なお、この投薬により、何か異常な事態が生じても園への責任は問いません。

依頼先	園名 学校法人早月加積幼稚園 幼保連携型 早月加積認定こども園 宛					
依頼者	保護者氏名		〔連絡先〕電話			
	園児クラス名	男・女	歳	ヶ月		
	氏名					
主治医	氏名		電話:			
	(	病院・医院)	FAX:			
病名又は症状						
薬剤名 〔粉薬・水薬〕	1.	抗生物質名	1.			
	2.	軟膏〔部位〕	1.			
		点眼薬 〔右・左〕	2.			
投与日	年	月	日	昼食前	昼食後	その他( )
家庭での内服方法						
外用薬の使用法						
その他の注意事項	薬剤情報提供書 有・無					
認定こども園	受領者サイン		投与者サイン			
	投与時間	月	日	午前・午後	時	分

### ～持参する薬について～

- ※使用する薬は、1回分だけご用意ください
- ※薬(袋・容器)には、クラス名・氏名を忘れずに書いてください。
- ※解熱剤(飲み薬・座薬)や市販の薬は、扱いません。
- ※連絡票は、薬と一緒に渡してください。連絡票がない場合は、投与できません。
- ※記載済みの連絡票は園で保管させていただきます。
- ※次回はかかりつけ医の医師に相談し、朝晩2回の薬にご協力をお願いします。

認定こども園	受領者サイン		投与者サイン			
	投与時間	月	日	午前・午後	時	分

## くすりの連絡票

下記の通り、私に代わり投薬をお願いします。  
 なお、この投薬により、何か異常な事態が生じても園への責任は問いません。

依頼先	園名 学校法人早月加積幼稚園 幼保連携型 早月加積認定こども園 宛					
依頼者	保護者氏名		〔連絡先〕電話			
	園児クラス名	男・女	歳	ヶ月		
	氏名					
主治医	氏名		電話:			
	(	病院・医院)	FAX:			
病名又は症状						
薬剤名 〔粉薬・水薬〕	1.	抗生物質名	1.			
	2.	軟膏〔部位〕	1.			
		点眼薬 〔右・左〕	2.			
投与日	年	月	日	昼食前	昼食後	その他( )
家庭での内服方法						
外用薬の使用法						
その他の注意事項	薬剤情報提供書 有・無					
認定こども園	受領者サイン		投与者サイン			
	投与時間	月	日	午前・午後	時	分

### ～持参する薬について～

- ※使用する薬は、1回分だけご用意ください
- ※薬(袋・容器)には、クラス名・氏名を忘れずに書いてください。
- ※解熱剤(飲み薬・座薬)や市販の薬は、扱いません。
- ※連絡票は、薬と一緒に渡してください。連絡票がない場合は、投与できません。
- ※記載済みの連絡票は園で保管させていただきます。
- ※次回はかかりつけ医の医師に相談し、朝晩2回の薬にご協力をお願いします。

認定こども園	受領者サイン		投与者サイン			
	投与時間	月	日	午前・午後	時	分