

薬連絡票(保護者記載用)

幼保連携型認定こども園宝地院保育園殿

平成 年 月 日

依頼者	保護者 氏名	子ども 氏名	
連絡先		男 ・ 女	歳 ヶ月
主治医		病院 ・ 医院	
病名			
薬の保管	①常温 ②冷蔵庫 ③その他 (○を付けて下さい)		
薬の型	①粉 ②液 ③外用薬 ④その他		
薬の内容	①抗生物質 ②解熱剤 ③せき止め ④下痢止め ⑤風邪薬 ⑥外用薬		
使用する 日時	年 月 日 ~ 年 月 日	午前 ・ 午後	時
外用药など の使用法			
その他の 注意事項			
私の指示通りに、子どもに投与された薬によって、事故並びに後遺障害が子どもに 万が一起こりましても、保育園には一切の責任がないことを承知の上、子どもへの 薬の投与に同意します。			
平成 年 月 日	組	保護者名	印
保育園記入欄	受領者サイン	投与者サイン	