

連絡票（保護者記載用）

依頼先 本 荘 中 央 こ ど も 園
令和 年 月 日記

くみ なまえ

病医院名	組合病院・佐藤病院・本荘第一病院（科）				
	さけみ・まつだ・鈴木 各小児科・復古堂医院				
	その他（ ）				
病名	風邪・気管支炎・溶連菌感染症・ヘルパンギーナ				
	胃腸炎・中耳炎・結膜炎・その他（ ）				
①持参した薬は	年	月	日に処方された	分のうちの	
本日分で、家庭では	月	日（朝・昼・夕）	から飲ませています		
②薬の剤型	粉・液（シロップ）・錠剤				
	点眼薬・塗り薬・その他（ ）				
③薬の内容	風邪薬・抗生剤・咳止め・下痢止め				
	抗アレルギー薬・その他（ ）				
④使用する日時	月	日	午前・午後	時	分頃
	または食事の 分前・後				
⑤依頼薬の使用方法・その他の注意事項など					
薬剤情報提供書を添えて提出します					
保護者氏名					
確実に繋がる電話番号					
こども園記載	受領者サイン				
	与薬者サイン				
	与薬 月 日				
	午前・午後 時 分				