与薬連絡票

（外用薬）　　しおどめ保育園つくば

児童名	男・女	クラス	
生年月日	年　月　日生まれ　歳　ヶ月		
住所		電話番号	
主治医	病院・医院名		
	住所	電話番号	
	主治医名		
病　名（症状）	（　）		
薬に関する事項	添付書類	薬剤情報提供書・お薬手帳・医師の指示書・【　】	
	薬剤名：（　） 年　月　日に処方された　日分の内の本日　回分 保存方法：常温・冷蔵・冷凍・（　） 薬の種類：（　） 与薬時間：昼食前・昼食後・その他（　） 備考：【　】		

年　月　日、上記内容にて与薬依頼を致します。

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿

受取り時間	：	受取者	
与薬時間	：	与薬者	

下記の通り、与薬致しました。

年　月　日（　）　　児童名＿＿＿＿＿＿＿＿

与薬時間	：	与薬者	

与薬連絡票

（外用薬）　　しおどめ保育園つくば

児童名	男・女	クラス	
生年月日	年　月　日生まれ　歳　ヶ月		
住所		電話番号	
主治医	病院・医院名		
	住所	電話番号	
	主治医名		
病　名（症状）	（　）		
薬に関する事項	添付書類	薬剤情報提供書・お薬手帳・医師の指示書・【　】	
	薬剤名：（　） 年　月　日に処方された　日分の内の本日　回分 保存方法：常温・冷蔵・冷凍・（　） 薬の種類：（　） 与薬時間：昼食前・昼食後・その他（　） 備考：【　】		

年　月　日、上記内容にて与薬依頼を致します。

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿

受取り時間	：	受取者	
与薬時間	：	与薬者	

下記の通り、与薬致しました。

年　月　日（　）　　児童名＿＿＿＿＿＿＿＿

与薬時間	：	与薬者	