

**投薬連絡票** (保護者記載用)

依頼先	くすの木保育園	依頼者氏名		保護者の 電話番号	
主治医		子ども氏名		男・女	歳 ヶ月
電話番号		処方年月日	年 月 日に処方された 日分の1回分です		
病名または 症状		薬の剤型 (該当に○)	粉 ・ 液 (シロップ) ・ 外用薬 ・ その 他 ( )		
薬の内容(該当に○)	抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ 風邪薬 ・ その他 ( )				
その他注意事項		薬事情報提供書		あり	なし
日付	投薬方法 (該当に ○)	投薬時間		受領者	投薬保育者
月 日 ( )	水で溶く ・ そのまま ・ その他 ( )	午前食 前後 午後食 前後	その他 ( )		
月 日 ( )	水で溶く ・ そのまま ・ その他 ( )	午前食 前後 午後食 前後	その他 ( )		
月 日 ( )	水で溶く ・ そのまま ・ その他 ( )	午前食 前後 午後食 前後	その他 ( )		
月 日 ( )	水で溶く ・ そのまま ・ その他 ( )	午前食 前後 午後食 前後	その他 ( )		
月 日 ( )	水で溶く ・ そのまま ・ その他 ( )	午前食 前後 午後食 前後	その他 ( )		