

# 与薬連絡票

真こども園

保護者氏名 子ども氏名	本日の連絡先
主治医（病院・医院）	
病名（又は症状）	
使用する月／日・時間	月 日 食前・食後・その他（ ）
くすりの剤型	粉・液(シロップ)・外用薬(目薬・点耳薬・塗り薬)・その他（ ）
くすりの使用方法	
その他の注意事項	
与薬者サイン 判り	
報 告 書	
園児名 _____	
与薬連絡票の指示に従って服用させましたのでご報告します。	
与薬日	月 日 報告者名

# 与薬連絡票

真こども園

保護者氏名 子どもの氏名	本日の連絡先
主治医（病院・医院）	
病名（又は症状）	
使用する月／日・時間	月 日 食前・食後・その他（ ）
くすりの剤型	粉・液(シロップ)・外用薬(目薬・点耳薬・塗り薬)・その他（ ）
くすりの使用方法	
その他の注意事項	
与薬者サイン 判り	
報 告 書	
園児名 _____	
与薬連絡票の指示に従って服用させましたのでご報告します。	
与薬日	月 日 報告者名