与薬連絡票

そよかぜ保育園

医師の診察を受けたところ、下記の通り指示がありましたので、与薬をお願い致します。与薬の責任は保護者といたします。

クラス	組	児童名	
病院名			
症状	せき・鼻水・下痢・中耳炎・その他（　　）		
薬の種類	粉薬・水薬・その他（　　）		
与薬時間	食前・食間（　　：　　）・食後・その他（　　）		
服用期間	月　　日（　　）～　　月　　日（　　）		

保育園　記入欄

日付	時間	与薬者
月　　日（　　）		
月　　日（　　）		
月　　日（　　）		
月　　日（　　）		
月　　日（　　）		
月　　日（　　）		
月　　日（　　）		