連　絡　票

平成　　年　　月　　日　記

依頼先　　もみじ保育園　　宛
依頼者　保護者氏名　　連絡先　　電話 園児氏名　　クラス名組　　男・女
主治医　　電話 （　　病院・医院）**fax**
病名（または症状）
① 持参した薬は　平成　　年　　月　　日処方～平成　　年　　月　　日まで ②薬の剤型（該当するものに○） 粉　・液（シロップ）　・外用薬・　その他（　　） ③薬の内容 抗生剤・咳止め・下痢止め・整腸剤・かぜ薬・目薬・塗布剤・湿布在 （調剤内容） ④食事　　前　　後 ⑤今朝薬を服用した時間　　午前
⑥その他の注意事項 薬剤情報提供（あり・なし）

保育園記載

月　日	受領者サイン	投与者サイン	備考
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			