与薬連絡票（保護者記載用）

令和　　年　　月　　日

緑園なえば保育園園長

保護者名　　印

園児名　　男・女（　歳　　カ月）

連絡先（電話）

1 主治医　（　　病院・医院・クリニック） 連絡先（電話）
2 疾病名
3 持参した薬 1）薬品名 2）薬効 3）剤型 （飲み薬）　粉　・　シロップ （外用薬）　塗り薬　・　張り薬　・　点眼薬　・　座薬
4 保管方法 室温　・　冷蔵庫　・　その他（　　）
5 その他注意事項

※以下は保育園で記入します。

使用日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使用日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使用日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使用日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						