

お薬連絡票

みのり保育園

平成 年 月 日()

クラス

園児名

保護者名

緊急連絡先(携帯)	
主治医(病院)	
病名(症状)	
薬品名	
処方箋日	平成 年 月 日
薬の剤型	塗り薬 点眼薬 点耳薬
薬の内容	
外用薬の使用方法	
その他の注意事項	
使用日	平成 年 月 日
投与の希望時間	
※ 受理者	
※ 投与者	
※ 投与した時間	

※ お薬本体に必ずお名前をお書きください。

※ お薬とお薬連絡票は、登園時に一緒に手渡しで
お願いいたします。