

連絡票

大井・千代川こども園

医師との相談の結果、医師の指示によりこども園での教育・保育時間における投薬が必要になりましたので、別紙の注意事項を承知の上、保護者の責任においてこども園での投薬を依頼します。

依頼日 令和 年 月 日

保護者氏名 _____ (印)

クラス名		園児名	
病名・症状			
医療機関名 担当医師名	TEL ()		
処方日	令和 年 月 日		
薬の種類	粉薬・液(シロップ)・錠剤・外用薬・その他()		
薬の保管	常温・冷蔵庫・その他()		
服用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
服用時間	食前・食後・その他()		
薬の飲ませ方 又は使用方法			
注意事項			

連絡票

大井・千代川こども園

医師との相談の結果、医師の指示によりこども園での教育・保育時間における投薬が必要になりましたので、別紙の注意事項を承知の上、保護者の責任においてこども園での投薬を依頼します。

依頼日 令和 年 月 日

保護者氏名 _____ (印)

クラス名		園児名	
病名・症状			
医療機関名 担当医師名	TEL ()		
処方日	令和 年 月 日		
薬の種類	粉薬・液(シロップ)・錠剤・外用薬・その他()		
薬の保管	常温・冷蔵庫・その他()		
服用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
服用時間	食前・食後・その他()		
薬の飲ませ方 又は使用方法			
注意事項			