

連絡票(保護者記載用)

令和 年 月 日 記載

連絡先	園名	社会福祉法人瑞光福祉会ルンビニこども園	宛
連絡先	保護者氏名	⑩	連絡先
	子ども氏名	男・女	歳 月(組)
主治医 受診機関			電話 Fax
	病名 (または症状)		
①	持参したくすりは 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分		
②	保管は 室温・冷蔵庫・その他 ()		
③	くすりの剤型 (該当するものに○) 粉・液(シロップ)・外用薬・その他 ()		
④	くすりの内容 抗生物質・咳止め・整腸剤・風邪薬・外用薬・その他()		
⑤	使用する日時: 年 月 日 () ~ 月 日 () 午前・午後 時 分 又は 食事(おやつ) の 分前・ 分後 その他具体的情報・特記事項 ()		
⑥	外用薬等の使用法		
⑦	その他 注意事項		
※	薬剤の処方箋等の、処方内容が記載されたお薬情報のコピーを提出してください 薬剤情報提供書 あり・なし		
こども園記載	受領者サイン		
	保管時サイン		月 日 時 分
	投与者サイン		
	投与時刻	月 日	午前・午後 時 分
	実施状況・与薬方法など		