投薬連絡表（保護者記載用）

令和　　年　　月　　日

依　頼　先	保育園名：　名島りすの森こども園　宛
依　頼　者	保護者氏名（ふりがな）　　㊞　連絡先☎ 園児名（ふりがな）　　男・女　　歳　　ヵ月
医療機関名	病院・医院　　先生 連絡先☎
病名又は症状	

①持参した薬は　・・・・　令和　　年　　月　　日に処方

②依頼する薬の種類と数

	（　月　日）	（　月　日）	（　月　日）
・粉　薬：	種 →	種 →	種
・シロップ：	種 →	種 →	種
・外用剤：	種 →	種 →	種

③保管は　・・・　室温・冷蔵庫・その他（　　）

④外用薬などの使用法

⑤その他の注意事項

月　日	受領者サイン	投与時刻	投与者サイン
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	

※　処方内容に変更がなければ、連絡表の有効期限は原則として処方日から７日以内です。

※　処方内容の変更があれば、新規の連絡表をご提出下さい。