

# 連絡票

平成 年 月 日 記

依頼先 保育園名 光華保育園 宛											
依頼者 保護者氏名 _____ 連絡先 Tel _____											
子ども氏名 _____ 男・女 _____ 歳 _____ 月 _____ 日											
-----											
主治医 _____ 病院・医院 Tel _____ Fax _____											
-----											
病名（又は病状）											
1. 持参した薬は、 _____ 月 _____ 日に処方された _____ 日分のうち本日分											
2. 保管場所 室温・冷蔵庫・その他（ _____ ）											
3. 薬の内容 抗生物質・解熱剤・咳止め・風邪薬・外用薬（ _____ ）											
-----											
4. 使用する日時は、 _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____											
又は、食事（おやつ）の _____ 分前・ _____ 分後											
その他具体的に（ _____ ）											
-----											
5. その他の注意事項 薬剤情報提供書 あり・なし											
以上の通りですので、よろしくお願ひします。保育に支障をきたす時は、緊急連絡先にお知らせください。できるだけ早く迎えに来ます。尚、上記薬剤の使用に関する全ての責任は当方で負います。											
光華保育園園長殿 保護者氏名 _____ 印 _____											
保 育 園 記 録	受領日	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回
	月 日										
	投与者										
	時 間										

- \*市販の薬は、安全を期するためお預かりできません。
- \*38度以上熱がある時は、連絡させていただきます。
- \*薬は必ず出迎えに出た保育士に手渡ししてください（登園時）