❊　お薬連絡票　❊

（注1）ご記入の上、お薬と一緒に職員に直接手渡しして下さい。
（注2）解熱剤、判断を求められるお薬はお預かり致しません。

依頼日	令和　　年　　月　　日	
依頼先	（〇で囲む）　あおぞら幼保連携型認定こども園　／　げんきの森	
クラス	（〇で囲む）　そら　にじ　ほし　たいよう　つき　かぜ 一時　休日　夜間	
児童名		
保護者名		
病　名		
病院名	米山こどもクリニック　湊小児科　中通病院　日赤病院　市立病院	
	おのば能登医院　おのば高橋クリニック　その他（　　）	
処方薬局	薬局	
処 方 日	令和　　年　　月　　日	
薬の内容 （〇で囲む）	咳止め　鼻水　抗生物質　下痢止め　整腸剤　中耳炎　結膜炎	
	湿疹　アトピー　抗アレルギー薬　その他（　　）	
投与時間	薬の剤形（個数）	＜保護者からの連絡＞
昼食前	水・粉（　　）　塗（　　）点鼻・点眼（　　）	
昼食後	水・粉（　　）　塗（　　）点鼻・点眼（　　）	
3時おやつ前	水・粉（　　）　塗（　　）点鼻・点眼（　　）	
3時おやつ後	水・粉（　　）　塗（　　）点鼻・点眼（　　）	
	水・粉（　　）　塗（　　）点鼻・点眼（　　）	

（注3）6ヶ月未満のお子さんの場合は、飲み薬の投与時間（目安）をご記入下さい。

受付職員	㊞又はサイン	投与職員	㊞又はサイン

[施設共用]制定08．4．1改定15．4．1改訂19．5．1　　保育書式

投与職員	児童名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 月　日　職員名　　㊞又はサイン