クスリ使用連絡表

園長		クラス担当		看護師	

令和　　年　　月　　日　　アリス保育園

保護者名　　㊞　連絡先　電話

クラス名　　組

園児名　　男. 女　　歳　　ヵ月

病院名　　電話

病名（又は症状）

くすりの剤型

1回分の薬の数を記入		くすりの内容（該当するものに〇および記入）
粉		かぜ薬・抗生物質・咳止め・下痢止め・解熱剤・（その他　　）
液（シロップ）		かぜ薬・抗生物質・咳止め・下痢止め・解熱剤・（その他　　）
備考		

利用する日時　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

該当するものに〇　　食前　・　食後30分以内　・　その他

保育園記載	受け取った日	受け取った職員	服用した時刻	投与者
	月　日		午前･午後　時　分	
	月　日		午前･午後　時　分	
	月　日		午前･午後　時　分	
	月　日		午前･午後　時　分	
	月　日		午前･午後　時　分	
	月　日		午前･午後　時　分	
	月　日		午前･午後　時　分	
	月　日		午前･午後　時　分	
	月　日		午前･午後　時　分	
	月　日		午前･午後　時　分	
	月　日		午前･午後　時　分	
	月　日		午前･午後　時　分	