

年 月 日

薬の連絡票（保湿剤用）

ひまわり保育園長殿

保護者名



私は都合により保育園に行って薬をつけることが出来ないため、
私（保護者）に代わって次のとおり薬をつけて下さい。

園児氏名	クラス名	保護者氏名
主治医氏名	(病院・医院)	TEL
病名（または症状）		
① 持参した薬は 月 日に処方された		
② 保湿剤名：		
③ 保管場所：室温・冷蔵庫	④ 使用時間：昼食前・昼食後・その他（ ）	
⑤ 塗り薬指示書 あり・なし		
⑥ 外用薬の使用法：		
⑦ その他の注意事項：		

※ステロイド剤は薬連絡票を使用してください。

※薬には記名をしてください。

※主治医の診察を受ける際、保育園に在園していることをお伝えください。

※お手数ですがコピーをしてご用意ください。

※「連絡票」に必要事項を記入し、薬を添付してください。（記入漏れや印鑑がない場合はお受けできない事もあります）

※2週間に1度は持ち帰り、中身の確認をしてください。

特記事項欄