ぬり薬・目薬連絡票

薬には必ず**日付**と**園児のフルネーム**と**朝の服用時間**を書いてください。
くすり連絡票と薬は、各部屋の薬BOXに入れてください。
※市販の薬は、保育園では投薬できませんのでご了承ください。

くすり連絡票（保護者記入欄）

令和　　年　　月　　日 記

保護者氏名

園児氏名　　クラス

病院名　　朝の服用時間

病名（または症状）

⑤ぬり薬、目薬等の使用法　（　　）

⑥その他注意事項　（　　）

＜保護者確認事項＞
上記の保護者記入欄の内容は、正確であり、記入漏れはありません。また、上記児童の症状等により、主治医等関係者に必要な事項を連絡・照会することを承諾します。
なお、投薬に伴い生じた一切の結果に関するすべての責任は私が負うものとし、投薬に関わった者の責任を問うことはありません。
状況によっては、投薬できない場合があることも承諾します。

保護者氏名

保育園記入欄

月日	時間	サイン

ぬり薬・目薬連絡票

薬には必ず**日付**と**園児のフルネーム**と**朝の服用時間**を書いてください。
くすり連絡票と薬は、各部屋の薬BOXに入れてください。
※市販の薬は、保育園では投薬できませんのでご了承ください。

くすり連絡票（保護者記入欄）

令和　　年　　月　　日 記

保護者氏名

園児氏名　　クラス

病院名　　朝の服用時間

病名（または症状）

⑤ぬり薬、目薬等の使用法　（　　）

⑥その他注意事項　（　　）

＜保護者確認事項＞
上記の保護者記入欄の内容は、正確であり、記入漏れはありません。また、上記児童の症状等により、主治医等関係者に必要な事項を連絡・照会することを承諾します。
なお、投薬に伴い生じた一切の結果に関するすべての責任は私が負うものとし、投薬に関わった者の責任を問うことはありません。
状況によっては、投薬できない場合があることも承諾します。

保護者氏名

保育園記入欄

月日	時間	サイン