

気管支拡張剤の連絡票							
令和 年 月 日 医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので塗布しています。 ※必要な項目を○で囲んでください。							
保護者名				緊急連絡先	父・母・祖父・祖母		
組				園児名			
病院名							
病名又は症状							
持参した薬	令和 年 月 日に処方された()日分の薬						
薬の種類	ホクナリンテープ		見本		その他()		
塗布の箇所	背中・胸・腕						
<保育園記入欄>							
月日	/	/	/	/	/	/	/
受付者							
月日	/	/	/	/	/	/	/
受付者							
月日	/	/	/	/	/	/	/
受付者							

薬の連絡票					
令和 年 月 日 医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありました、 ()の理由で 保護者が飲ませることができませんので、お願いします。 ※必要な項目を○で囲んでください。					
保護者名			緊急連絡先	父・母・祖父・祖母	
組			園児名		
病院名					
病名又は症状	見本				
持参した薬	令和 年 月 日に処方された()日分の薬				
薬の種類	粉薬()包・水薬・点眼薬・塗り薬・その他()				
薬の内容	かぜ薬・整腸薬・喘息・その他の薬()				
薬の使用時	食前		食後		その他()
保管場所	室温		冷蔵庫		その他()
飲ませ方					
<保育園記入欄>					
月日	/	/	/	/	/
受付者					
与薬時間					
与薬者					