与薬連絡票（保護者記載用）

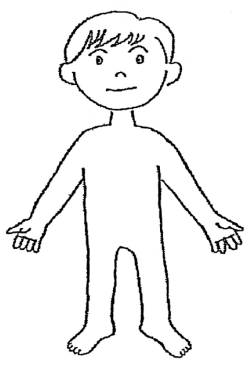
西暦　　年　　月　　日　記

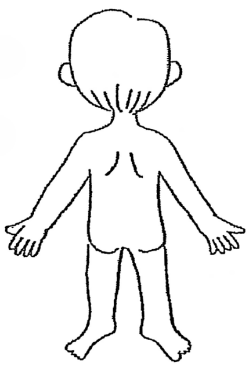
依 頼 先	等々力保育園 等々力保育園分園このは
依 頼 者	保護者氏名　　連絡先：電話　（　　） 子ども氏名　　男 ・ 女　　歳　　ヶ月
主 治 医	（　　病院 ・ 医院 ） 電話　（　　）
病　名 （ 又 は 症 状 ）	
処 方 内 容 （薬名・数量・使用方法）	
持参する薬の処方日	西暦　　年　　月　　日
薬 の 剤 型	散 剤 ・ 水 薬 ・ 座 薬 ・ 外用薬（　　）その他 （　　）
薬 の 作 用	薬剤情報提供書　あり ・ なし
薬の保管方法	室 温 ・ 冷蔵庫 ・ 遮 光
園での使用方法 （ 具 体 的 に ）	
その他の注意事項	
使 用 期 間 （当該年度限り）	西暦　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日まで

保育園記載欄

園での保管場所	
面　　談	西暦　　年　　月　　日 面談出席者：

外用薬部位記入





外用薬受領者

＿＿＿＿＿＿＿＿