

※一回分の薬の袋に子どもさんの名前を記入して下さい

与薬連絡票

メリーガーデン保育園

月日	年 月 日(曜日)		病状 症状	
組	園児名		薬の 名前	() 種類
薬の 種類	内服薬・塗り薬・点眼薬 (液・粉・錠) (右・左) その他 ()	病院名	処方 の月 日	月 日
			受領者	
与薬 時間	食前・食後・その他 ()	与薬者 時間		:
				:
備考				

※一回分の薬の袋に子どもさんの名前を記入して下さい

与薬連絡票

メリーガーデン保育園

月日	年 月 日(曜日)		病状 症状	
組	園児名		薬の 名前	() 種類
薬の 種類	内服薬・塗り薬・点眼薬 (液・粉・錠) (右・左) その他 ()	病院名	処方 の月 日	月 日
			受領者	
与薬 時間	食前・食後・その他 ()	与薬者 時間		:
				:
備考				

※一回分の薬の袋に子どもさんの名前を記入して下さい

与薬連絡票

メリーガーデン保育園

月日	年 月 日(曜日)		病状 症状	
組	園児名		薬の 名前	() 種類
薬の 種類	内服薬・塗り薬・点眼薬 (液・粉・錠) (右・左) その他 ()	病院名	処方 の月 日	月 日
			受領者	
与薬 時間	食前・食後・その他 ()	与薬者 時間		:
				:
備考				

※一回分の薬の袋に子どもさんの名前を記入して下さい

与薬連絡票

メリーガーデン保育園

月日	年 月 日(曜日)		病状 症状	
組	園児名		薬の 名前	() 種類
薬の 種類	内服薬・塗り薬・点眼薬 (液・粉・錠) (右・左) その他 ()	病院名	処方 の月 日	月 日
			受領者	
与薬 時間	食前・食後・その他 ()	与薬者 時間		:
				:
備考				