連　絡　票

（保護者記載用）

年　　月　　日記

依頼先	園名　伊予くじら認定こども園　　宛
依頼者	保護者氏名　　㊞　連絡先　電話 こども氏名　　（男・女）　　歳　　カ月　　日 ※必ず記名、捺印をお願いいたします。
主治医	電話 （　　病院・医院）　FAX
病　名 （又は症状）	

（該当するものに○、または明記）

(1) **持参したくすり**は　　年　　月　　日に処方された　　日分のうちの本日分

(2) **保管**は　室温・冷蔵庫・その他（　　）

(3) **くすりの剤型**　粉（　　包）・液（シロップ）・外用薬・その他（　　）

(4) **くすりの内容**　抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・外用薬（　　）

(5) **使用する日時**　　年　　月　　日～　　月　　日
食前・食間・食後・その他（　　）

(6) **外用薬などの使用法**

(7) **その他の注意事項**

こども園記載										
月　　日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
受領者サイン										
与薬時間										
与薬者サイン										

連　絡　票

（保護者記載用）

年　　月　　日記

依頼先	園名　伊予くじら認定こども園　　宛
依頼者	保護者氏名　　㊞　連絡先　電話 こども氏名　　（男・女）　　歳　　カ月　　日 ※必ず記名、捺印をお願いいたします。
主治医	電話 （　　病院・医院）　FAX
病　名 （又は症状）	

（該当するものに○、または明記）

(1) **持参したくすり**は　　年　　月　　日に処方された　　日分のうちの本日分

(2) **保管**は　室温・冷蔵庫・その他（　　）

(3) **くすりの剤型**　粉（　　包）・液（シロップ）・外用薬・その他（　　）

(4) **くすりの内容**　抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・外用薬（　　）

(5) **使用する日時**　　年　　月　　日～　　月　　日
食前・食間・食後・その他（　　）

(6) **外用薬などの使用法**

(7) **その他の注意事項**

こども園記載										
月　　日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
受領者サイン										
与薬時間										
与薬者サイン										