

連絡票（与薬証明書）

組・名前

疾患名

症状

薬の名前

薬の効果

薬の種類 水薬（ ml）散薬
錠剤（ 錠）点眼薬 軟膏
与薬時間 食前 食後 食間 時間おき
外用薬塗布 オムツ交換時 排便時

月 日より 日間

保育中の与薬の必要のある事を認めます

年 月 日

医師 住所

氏名

印

<注意事項>

1. 本証明書はやむを得ず保育中に与薬を必要と認めた時に限ります。
(原則として、保育園では与薬は行いません)
2. 薬は1回分のみお持ち下さい。又薬には名前、日付をご記入下さい。

園長	主任	看護師	担当