

薬の連絡票 Medical Release Form

お薬を投薬する場合はこの用紙に記入してください。

必ず書類2枚を提出してください。万一書類に不備がある場合は投薬できません。

お薬は必ず一回分のみ、くすりの連絡票に添付し袋に入れて職員に直接手渡しをしてください。
Please fill out the form to get medication at school.

Please be sure to submit 2 documents (right side and left side of this paper.)

If the paperwork is incomplete, we are unable to give medication at school.

Please ensure to attach a dose of medicine to the Medical Release Form and submit to the teacher by hand.

フェリーチェ国際こども園 今日の日付 Date : 年 月 日 (YY/MM/DD)

保護者名 Guardian's Name: _____	
電話: _____	
園児氏名 Child's Name: _____ (歳 Age)	
English Name: _____	
病院情報 Hospital	病院名 Name 電話 Tel :
症状 Symptom	
薬の種類 Medicine	① Medicine for Ear 耳 / Throat のど / Eye 目 / other 他 () ② Type Tablet 錠剤 / Syrup シロップ / 粉 Powder ③ Time Before lunch 給食前 / After lunch 昼食後 / Other その他
備考 Note	

薬は今日の分をここにセロテープで付けてください。 Please attach medication here. *Only 1 dose. *Please write the date, child's name and class on the medication. クラス名と氏名を薬の袋に直接書いてここに貼ってください。	受付者

こちら（左側）は投薬期間毎日提出が必要です。

This form (left side of this paper) has to be submitted every day when you wish to receive medication.

与薬指示書<医療機関用>

平成 年 月 日

医療機関名

医師名 _____

フェリーチェ国際こども園

(ふりがな) 園児氏名	平成 年 月 日生
	歳 男 女
病名	
薬の種類 ①	
②	
一回量指示 及び時間	
園における与薬の注意	
今後の治療方針（与薬の期間・通院状況など）	
その他	

こちら（右側）の提出は投薬期間一度だけで構いません。