

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。

必ず与薬指示書も提出してください。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、薬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 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 Tel :	
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	①Medicine for Ear 耳 /Throat のど /Eye 目 /Other 他() ②Type Tablet 錠剤 /Syrup シロップ /Powder 粉 ③Time Before lunch 給食前/After lunch 給食後/Other 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)

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	年 月 日生 (歳) 男・女
病名	
薬の種類① ②	
1 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(与薬の時間・通院状況など)	
その他	

こちら(右側)の提出は投薬期間 1 度だけでかまいません