

ひかりテラス保育園 くすりの連絡票

保育園長様

保護者氏名

印

私は都合により、保育園に行つて薬を与えることができない為、私に代わつて次の通り薬を与えてください。

児童氏名		保護者 TEL	
主治医	病院・医院 医師	病院 TEL	

病名・症状

持参した薬について

処方	年 月 日に処方された 日分のうちの本日分
保管	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ( )
剤型	粉 ・ 錠剤 ・ 液 (シロップ) ・ 外用薬 ・ その他 ( )
内容	抗生物質 ・ かぜ薬 ・ 咳止め ・ 便秘薬 ・ 止痢剤 かゆみ止め ・ その他 ( )
使用時間	食前 ・ 食後 ・ 食間 (食後約 2 時間の空腹時) その他 ( )
注意事項	医師からの指示・副作用等 ( )

※長期間の外用薬については上記の処方欄は処方日のみ記入でよい。

<外用薬の使用フ方法・使用部位・塗布期間>

※本用紙は正確にご記入の上、「一日分の薬」とともに、必ず職員に手渡してください。

(シロップは一回分を容器に入れてください)

※医師からの投薬説明書または、指示書を一緒にお持ちください。保育園の判断を必要とするお薬はお預かりできません。

※薬の袋、容器には、児童の氏名をはっきりとご記入ください。

<保育園記入欄>

受領者サイン	
与薬時間	年 月 日 午前 ・ 午後 時 分
与薬者サイン	
与薬状況など	