

薬 連 絡 票

依頼先： (園名)

記入日	年 月 日	クラス	組
園児氏名	(男・女)	保護者氏名	
病院・医院名		薬剤情報提供書	<input type="checkbox"/> あり(添付) <input type="checkbox"/> なし
病名(症状)			
処方日	年 月 日 処方 ~ 年 月 日まで		
保管方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> その他()		

【内服薬】 ※内服薬がある場合のみご記入ください

薬の内容	<input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> 整腸剤 <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> その他()		
与薬タイミング	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他()		
◆種類 ※該当する薬の種類に数字を入れ、必要事項をご記入ください			
①液薬	1回	種類	<input type="checkbox"/> そのまま飲む <input type="checkbox"/> その他()
②粉薬	1回	種類	<input type="checkbox"/> 水にとく <input type="checkbox"/> そのまま飲む <input type="checkbox"/> その他()
使用上の注意点			

【外用薬】 ※外用薬がある場合のみご記入ください

種類	<input type="checkbox"/> ①塗り薬 <input type="checkbox"/> ②目薬(右目・左目・両目) <input type="checkbox"/> ③その他()		
使用場所 ※塗る場所を○で囲んでください	与薬タイミング		
	<input type="checkbox"/> オムツ替え・トイレ後 <input type="checkbox"/> 園で1日 回まで <input type="checkbox"/> その都度 <input type="checkbox"/> 着替えの時(お昼ごろ) <input type="checkbox"/> 園で1日 回まで <input type="checkbox"/> その都度		
	使用上の注意点		

【保護者の方へ】 ご使用前に必ずお読みください

- 園でお預かりする薬は、医師が処方したものに限りです。市販薬はお預かりできません。
- 座薬・吸入薬の与薬はできません。
- 薬は当日与える分のみお預かりします。1回分ずつにお子さんのお名前をご記入ください。
- 薬の受け渡しは、保育者に直接お渡しいただくか、クラス内の所定の薬箱にお入れください。
- 症状を判断しての与薬は行いません。(例：熱が出たら/痛みが出たら/かゆみが出たら 等)

