

与薬連絡票

(保護者記入用)

令和 年 月 日

依 頼 先	千手さくら保育園		組名	組
依 頼 者	保護者名		児童名	
主 治 医	病院・医院名		医師名	
病 名	(症状等)			
(1)持参した薬は 年 月 日に処方された 日分の薬のうちの本日分 使用する時間は(該当するものに○) 昼食前 昼食後 その他() (2)保管は(該当するものに○) 室温 冷蔵庫 その他() (3)くすりの形状は(該当するものに○) 粉末 液体(シロップ) 外用薬 点眼薬 その他() (4)くすりの内容は(該当するものに○) 抗生物質 解熱剤 咳止め 風邪薬 下痢止め 外用薬()				
その他の連絡事項		与薬にあたって注意することなどがありましたら記入ください		
保 育 園 記 入	受領者サイン		受領時刻 月 日 時 分	
			受領者名	
保 育 園 記 入	与薬者サイン		与薬時刻 月 日 時 分	
			与薬者名	

《保護者の方へ》

- ① 受診の際は、保育園での与薬を必要としないような処方を医師に依頼するようお願いします。どうしても必要な場合は与薬連絡票を提出いただき、保育士が 対応いたします。その際、薬の説明書(指示書)の提示を お願いします。
- ② 保育園でお預かりする薬は、医師が処方したものに限りません。また、座薬や吸入の与薬はできません。
- ③ 与薬連絡票は、必要とする期間中毎日提出ください。
- ④ 薬は当日与える分だけお預かりします。
1回分にお子さんの名前を記入してお届けください。
- ⑤ 熱性けいれん予防薬の預かりについてはご相談ください。

与薬連絡票

(保護者記入用)

令和 年 月 日

依 頼 先	千手さくら保育園		組名	組
依 頼 者	保護者名		児童名	
医療機関	病院・医院名		医師名	
病 名	(症状等)			
(1)持参した薬は 年 月 日に処方された 日分の薬のうちの本日分 使用する時間は(該当するものに○) 昼食前 昼食後 その他() (2)保管は(該当するものに○) 室温 冷蔵庫 その他() (3)くすりの形状は(該当するものに○) 粉末 液体(シロップ) 外用薬 点眼薬 その他() (4)くすりの内容は(該当するものに○) 抗生物質 解熱剤 咳止め 風邪薬 下痢止め 外用薬()				
その他の連絡事項		与薬にあたって注意することなどがありましたら記入ください		
保 育 園 記 入	受領者サイン		受領時刻 月 日 時 分	
			受領者名	
保 育 園 記 入	与薬者サイン		与薬時刻 月 日 時 分	
			与薬者名	

《保護者の方へ》

- ① 受診の際は、保育園での与薬を必要としないような処方を医師に依頼するようお願いします。どうしても必要な場合は与薬連絡票を提出いただき、保育士が 対応いたします。その際、薬の説明書(指示書)の提示を お願いします。
- ② 保育園でお預かりする薬は、医師が処方したものに限りません。また、座薬や吸入の与薬はできません。
- ③ 与薬連絡票は、必要とする期間中毎日提出ください。
- ④ 薬は当日与える分だけお預かりします。
1回分にお子さんの名前を記入してお届けください。
- ⑤ 熱性けいれん予防薬の預かりについてはご相談ください。