

お薬連絡票

医師の指示により、保育時間中の薬の服用が必要となりました。つきましては、保護者の責任において保育園での園児に対する投薬を下記により行っていただきたく依頼いたします。

保護者氏名 _____

依頼日 令和 年 月 日

園児名	ひよこ・りす・うさぎ・こあら・ぱんだ・きりん					
受診機関	(病院名)					
	病院・小児科・皮膚科・クリニック・耳鼻咽喉科・外科・眼科					
症状	風邪・嘔吐・下痢・中耳炎・皮膚疾患・他 ()					
持参したお薬	月 日 ~ 月 日まで処方された薬の1日分を持参					
お薬の内容	風邪薬・咳止め・整腸剤・塗り薬・抗生物質・他 ()					
飲み忘れた場合	飲まない ・ おやつ後 ・ 連絡 ・ その他 ()					
お薬について	チェック	種類	数量	時間		
		粉剤	種 包	昼食前・昼食後		
		液(シロップ)	種類	昼食前・昼食後		
		その他	種類	()		
与薬記録	日付	保護者氏名	受領者	与薬状況	与薬時間	与薬者
	/			与薬完了・未完・拒否	:	
	/			与薬完了・未完・拒否	:	
	/			与薬完了・未完・拒否	:	
	/			与薬完了・未完・拒否	:	
	/			与薬完了・未完・拒否	:	
	/			与薬完了・未完・拒否	:	

※1回分の薬に、クラス名・名前・日付を記入し『お薬連絡票』『お薬の説明書』と共に、職員に手渡しして下さい。記名のないもの、連絡票の記入のない薬につきましては与薬致し兼ねます。記入欄の内容には、間違いがなく、記入漏れがないようご確認ください。

※その他に該当する場合、事前に園長に相談していただくようお願いいたします。目薬・塗り薬は原則お預かりしません。とびひやアトピーなど医師の指示で保育時間中に与薬が必要とされた薬に限ります。

※この用紙は、コピーしてお使いください。