

## 与薬連絡票

依頼先:こばと保育園

平成 年 月 日

クラス		児童名		保護者名	
主治医	医院・病院 先生		薬局		
病名(又は症状)			病院での処方日 H 年 月 日		
			薬剤情報提供書、又は、薬名がわかる物をお持ち下さい。		
内服薬	剤型(該当するものに○) 粉・錠剤・シロップ・その他( ) ( 包)( 個)( ml)			投薬時間	
	内容 抗生剤・鼻水止め・咳止め・下痢止め・整腸剤 その他( )			○食後 ○その他( )	
外用薬	内容(該当するものに○) 塗り薬・点眼・点鼻・その他( )			処置時間	
	使用箇所 [ ]				
その他、連絡事項					
注意	<ul style="list-style-type: none"> <li>*できるだけ自宅にいる間に内服できるようにかかりつけの医師と相談してください。</li> <li>*やむを得ず保育園に薬を預ける場合は、最小限にしてください。なお、預かる薬はかかりつけの医師から出された薬に限ります。(市販薬や置き薬はご遠慮下さい。)</li> <li>*薬は、1回分です。1つ1つに必ず名前を書いてください。(シロップは、1回分を適当な容器に入れてください。)</li> </ul>				
受付職員名		投与職員名		時間	

## 与薬連絡票

依頼先:こばと保育園

平成 年 月 日

クラス		児童名		保護者名	
主治医	医院・病院 先生		薬局		
病名(又は症状)			病院での処方日 H 年 月 日		
			薬剤情報提供書、又は、薬名がわかる物をお持ち下さい。		
内服薬	剤型(該当するものに○) 粉・錠剤・シロップ・その他( ) ( 包)( 個)( ml)			投薬時間	
	内容 抗生剤・鼻水止め・咳止め・下痢止め・整腸剤 その他( )			○食後 ○その他( )	
外用薬	内容(該当するものに○) 塗り薬・点眼・点鼻・その他( )			処置時間	
	使用箇所 [ ]				
その他、連絡事項					
注意	<ul style="list-style-type: none"> <li>*できるだけ自宅にいる間に内服できるようにかかりつけの医師と相談してください。</li> <li>*やむを得ず保育園に薬を預ける場合は、最小限にしてください。なお、預かる薬はかかりつけの医師から出された薬に限ります。(市販薬や置き薬はご遠慮下さい。)</li> <li>*薬は、1回分です。1つ1つに必ず名前を書いてください。(シロップは、1回分を適当な容器に入れてください。)</li> </ul>				
受付職員名		投与職員名		時間	