

与薬依頼連絡票

国際交流保育センター・夢学園
さくらキダーガーデン

クラス		園児名		保護者名	
記入日	令和	年	月	日	病名
主治医	医院・病院 医師			薬局	
①持参したくすりは____年____月____日に処方された____日分のうちの本日分 ②保管は 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他() ③くすりの剤型(該当するものに○) 粉 ・ 液(シロップ) ・ 外用薬 ・ その他() ④くすりの内容 抗生物質 ・ 整腸剤 ・ 咳止め ・ かぜ薬 ・ 外用薬()					
⑤使用する時間 午前 ・ 午後____時____分 または 食事 ・ おやつ の____分前 ・ ____分あと その他 具体的に ()					
⑥外用薬などの使用法					
⑦その他の注意事項					
確認月日	/	/	/	/	/
受領者確認(園側)					
与薬確認(園側)					
与薬確認(保護者側)					
留意点	* 与薬はなるべく家庭で行い、やむを得ない場合のみ受け付けます。 (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。) * くすりは通園かばんから出して保育士へ直接手渡してください。 手渡ししない場合は、与薬ができないことがありますのでご承知ください。 * くすりの袋または容器には必ず名前(フルネーム)をはっきり書いてください。 * 与薬の回数(量)は必ず1回分をお願いします。水薬は一回分の容器にして ご持参ください。 * この用紙は与薬の期間(最高7回分)使用します。 * 使用後は園側で回収し、保管しますので必ず戻してください。				