

薬 剤 連 絡 票

(保護者記載用)

令和 年 月 日

依頼先 小平なみき幼稚園 宛

依頼者 保護者氏名： / 電話番号：

(組) 園児氏名： (男 ・ 女) 歳 カ月

主治医： 病院・医院 / 電話番号：

病名又は症状

[]

(該当するものに○、または明記)

- (1) 持参した薬は： 年 月 日に処方された 日分のうち本日分
- (2) 保管は： 室温・冷蔵庫・その他 ()
- (3) くすりの剤型： 粉・液 (シロップ)・外用薬・その他 ()
- (4) くすりの内容： 抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・外用薬 ()
- 調剤内容：

(5) 午前・午後・ 時 分・又は食事 (おやつ) の 分前・ 分後

(6) その他具体的に

[]

(7) 外用薬などの使用方法

[]

(8) その他の注意事項

[]

(9) 薬剤情報提供書 あり ・ なし

<保護者の方へお願いしたいこと>

- ・保護者が記入の上、投薬当日に提出してください。
- ・薬剤連絡票がない場合、投薬できません。
- ・市販の薬はお預かりできません。(診察した医師の処方に基づき、処方されたものに限りです。)
- ・薬は必ずジップロックなどの封ができるビニール袋に入れてください。
- ・ビニール袋・薬に入っている袋にも、クラス・氏名を記入してください。

【幼稚園記載】

投与者印 () () () () () ()