

年 月 日

薬の連絡票

ひまわり保育園長殿

保護者氏名

印

私は都合により保育園に行き薬を渡すことが出来ないため、私（保護者）に代わって次のとおり薬を渡して下さい。

| | | |
|---|---------------------|------------|
| 園児氏名 | クラス名 | 保護者氏名 |
| 主治医氏名 | (| 病院・医院) TEL |
| 病名（または症状） | | |
| ① 持参した薬は 月 日に処方された 日分のうちの本日分 | | |
| ② 薬の内容 抗生物質・かぜ薬・咳止め・その他（ 外用薬 塗り薬・点眼・その他（ | | |
| ③ 薬の剤型 粉・液・外用薬・その他 | ④ 保管場所：室温・冷蔵庫・その他（ | |
| ⑤ 投薬説明書・塗り薬指示書 あり・なし | ⑥ 使用時間：昼食前・昼食後・その他（ | |
| ⑦ 外用薬などの使用法 | | |
| ⑧ その他の注意事項 | | |

※正確に記入の上、「一日分の薬」とともに職員に渡して下さい。

（シロップは一回分を容器に入れてください）

※症状を判断して与えなければならない場合、原則としてお預かりできませんが、医師から必要と言われた場合には園長に相談して下さい。

※薬の袋や容器に名前・薬を飲む日にちを記入して下さい。

※主治医の診察を受ける際、保育園に在園していることをお伝えください。

※お手数ですがコピーをしてご用意ください。

※「連絡票」に必要事項を記入し、薬を添付して下さい。（記入漏れがある場合はお受けできない場合があります）

| 保育園記載欄 | | | | | | | | 投与状況（特記事項） |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|------------|
| 投与日 | | | | | | | | |
| 投与時間 | | | | | | | | |
| 投与者サイン | | | | | | | | |