

お薬依頼・連絡票

依頼日 年 月 日

本妙寺こども園 園長殿

(保護者名) 印

(本日の連絡先) TEL() -

次の園児においては、医師と相談の結果、別添の医師の指示書により特例としてやむを得ず園での教育・保育時間中に 与薬が必要となりました。つきましては、保護者によるのすべての責任において、こども園での園児に対する与薬を 下記の通り依頼します。

園名・組名	本妙寺こども園 組				
園児名	(年 月 日生)				
医療機関名 (担当医師名)	TEL() -				
病名(又は症状)					
薬の名前					
薬の処方日	年 月 日 (日分)				
保管方法	室温・冷蔵庫・その他()				
薬の作用	抗生物質・抗けいれん薬・抗アレルギー薬・その他()				
薬の剤形	粉・液(シロップ)・外用薬・その他()				
服用方法	そのまま・水で溶く・その他()				
使用する日時	年 月 日の食前・食後・その他()				
外用薬などの使用法	塗り薬：回数 回(時間) 患部() 点眼薬：回数 回(時間) 患部(左目・右目) その他具体的に()				
与薬に関する主治医意見書	あり (添付のとおり)				
薬の説明書	あり (添付のとおり)				
その他の注意事項	あり・なし				
こども園記載 (園保管)	受領者サイン	保管者サイン	与薬者サイン	与薬確認者サイン	最終 園長印
	与薬時間	年 月 日 () 時 分			
	<実施状況など>				

こども園記載 (家庭返却用)	受領者サイン	保管者サイン	与薬者サイン	与薬確認者サイン	最終 園長印
	与薬時間	年 月 日 () 時 分			
	<実施状況など>				