

一 般 用

薬 の 連 絡 票

医師の指示により、保育時間中における薬の使用が必要となりましたので、
保護者の責任において依頼します。

年 月 日 保護者氏名 _____

児童氏名 _____ (_____ 組)

処方を受けた 医療機関名	TEL — —
病 名	
薬の保管方法	
期 間	年 月 日から 月 日まで
保護者連絡先	TEL — — (自宅・携帯・勤務先・その他)
登園前の体調	体温(°C) 検温時間(時 分) 機嫌(良・普通・悪) 食欲(有・普通・無) 排便(硬・普通・軟・下痢)
保護者からの 連絡事項	薬の飲み方は…昼食(前・中・後)(午前・午後 時)

○南魚沼市子育て支援課からの通知「保育園でのお薬の取り扱いについて」の内容を十分ご確認ください。

○本票は、処方せんを受け取る度に保育園へ提出してください。

○薬は必ず1回分の量に分けてください。(外用薬は分けなくてもお預かりできます。)

○複数日与薬を継続される場合は、初日に本票を提出してください。(6日が限度です。)

※保育園確認記載欄	受付確認者		薬剤受付確認者	
	投与者名			
	日 時	/	/	/
	:	:	:	: