

薬の連絡票

ご記入のうえ、保育教諭に薬と一緒にお渡し下さい。

依頼日	年 月 日 ()
依頼先	大崎こども園
園児名	(組)
保護者名	Ⓜ
病名又は症状	
病院名	Tel:
薬 の 内 容	
剤形	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> その他()
種類	<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 鼻水止め <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> 整腸剤 <input type="checkbox"/> その他 ()
最終与薬時間	
園 記 入 欄	
受付保育教諭:	投与看護師:

- 医師の「薬の指示書」もご提出下さい。
- 「薬の連絡票」がない場合はお子さんに薬を飲ませる事が出来ません。
- 薬の容器・薬袋にもお子様のフルネームをご記入下さい。
- 使用する薬は1回ずつに分けて、当日のみご用意下さい。

くれぐれも、記入もれがないようお願い致します。
ご不明な点、ご相談などありましたら、お気軽に園までお尋ね下さい
TEL 0954(36)3282



主治医 様

幼保連携認定こども園 大崎こども園

こども園での与薬の指示について（依頼）

日頃は大崎こども園児童の健康管理にご尽力頂きましてありがとうございます。

大崎こども園では原則として薬剤を扱わない事になっておりますが、こども園での与薬を必要とする場合は下記「薬の指示書」にて御指示いただきますようお願いいたします。

薬の指示書

下記こども園児について、当院で加療中ですが、登園の際は、保護者に代わり、与薬をお願いします。

大崎こども園 園児名 _____

病名（または症状） _____

今回の処方 は _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 _____ 日分

こども園で飲ませる薬（該当するものに○印、内容について御記入ください）

時間	剤型	内容	注意事項
食後	粉・水薬		
食後	粉・水薬		
食後	粉・水薬		

年 月 日

医師 住所

TEL

病院名（氏名）