

# 薬の連絡票

具志頭福祉会

		年	月	日
依頼者		保護者氏名		
園児（組）		氏名		歳 ヶ月
処方した医師				
病名		又は、病院名		
①持参した薬		年	月	日に処方された 日分の本日分
②保管方法（ 室温 ・ 冷暗所 ・ その他 ）				
③薬の種類（ 粉 種・液シロップ 種・ 外用薬 種・ その他 ）計 種				
④薬の内容（ 抗生物質・咳止め・整腸剤・風邪薬・塗薬・その他 ）				
⑤与える時間		内服薬： 食前 ・ 食後		塗薬： シャワー後 ・ その都度
⑥投与方法		塗る部位		
⑦その他注意すること				
保育園記載事項	受領者サイン		保管時サイン	
			月	日 時 分
	投与者サイン			
実地状況				

確認後は  お願いします。

- 保育園での投薬は保護者が、やむを得ず与えることができない場合のみ行います。ご協力をお願いします。
- 必ず、登園時間に保育士に手渡ししてください。薬は1回分を容器に入れ名前、クラス名を明記してください。粉薬にも記名をお願いします。
- 投与に関しては、如何なる迷惑も貴保育園には、おかけしません。

以上署名、捺印し投与に承諾します。

保護者氏名

印