

稲美町病後児保育事業与薬依頼連絡票

太線枠内にご記入ください。

年 月 日

ふりがな 児童名		保護者名	
主治医	医院・病院 医師	備考	

①薬剤名			
与薬依頼期間	年 月 日まで	処方日	年 月 日
薬の保管方法	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）		
薬の剤型	粉薬・水薬（シロップ）・目薬・外用薬・その他（ ）		
投与時間	昼食前・昼食後・その他（ ）		
投与方法	そのまま口に入れる ・ 少量の水で団子状にして口内に入れる その他（ ）		
その他注意事項			
②薬剤名			
与薬依頼期間	年 月 日まで	処方日	年 月 日
薬の保管方法	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）		
薬の剤型	粉薬・水薬（シロップ）・目薬・外用薬・その他（ ）		
投与時間	昼食前・昼食後・その他（ ）		
投与方法	そのまま口に入れる ・ 少量の水で団子状にして口内に入れる その他（ ）		
その他注意事項			

投与日 (与薬をしてほしい日)	例 8月 31日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
薬剤の番号	① ②						
受領確認（保育園）							
与薬確認（保育園）							

注意事項

- ・ 与薬はなるべく家庭で行い、やむを得ない場合のみ受け付けます。
（自宅にいる間に内服できるようにかかりつけ医と相談してください。）
- ・ 薬は通園かばんから出して看護師へ**直接手渡し**してください。手渡されない場合、与薬できないことがあります。
- ・ 薬の袋又は容器には必ず名前をはっきり書いてください。
- ・ 薬の量は必ず1回分をお願いします。水薬も1回分の容器にして持参してください。
- ・ この用紙は最高で連続7日間まで使用できます。