

お薬連絡票

クラス名

園児氏名

保護者氏名

※ 職員に「1回分の薬」と「薬剤情報提供書」を一緒に手渡ししてください。

※ 解熱剤(座薬)・市販の薬はお預かりできません。 ※ 薬の袋や容器に名前を書いてください。

※ 再受診し、薬が新たに処方された時は、新しい用紙に書き換えてください。

※ 記入漏れ、未添付等がある場合は与薬できません。 ※ 詳しくは入園のしおりをご覧ください。

依頼日	令和	年	月	日
依頼先	ルンビニあゆみ園			
病院名	TEL ()			
処方された日	令和	年	月	日
病名、症状を記入してください。				
(病名)				
(症状)				
薬の名称 1	2	3		
保管方法 室温・冷蔵庫 その他()	室温・冷蔵庫 その他()	室温・冷蔵庫 その他()		
薬の種類 粉薬・水薬・点眼薬・塗布薬 その他()	粉薬・水薬・点眼薬・塗布薬 その他()	粉薬・水薬・点眼薬・塗布薬 その他()		
投薬時間 食前・食後 その他(時 分)	食前・食後 その他(時 分)	食前・食後 その他(時 分)		
月・日	朝の体温	受付職員	投薬職員	確認職員
.	℃			
.	℃			

