

薬局発行の「処方薬の説明書」(コピー可)とともに薬をご持参ください。

与薬依頼連絡票(1回分)

社会福祉法人夢の会
認定こども園 あおば保育園

依頼日： 令和 年 月 日 保護者名： _____

園児名		クラス	
病名		医療機関名	
薬の種類	内服薬①【 粉 ・ シロップ 】 (色:) ・ 内服薬②【 粉 ・ シロップ 】 (色:) 塗り薬 ・ 目薬 ・ その他()		
服用時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他()		
飲ませ方	そのまま ・ 水に溶かして ・ その他()		
その他	注意事項等()		
確認欄	受領者(園)	与薬担当者(園)	与薬確認(保護者)
印(サイン)			
留意点	<ul style="list-style-type: none">* 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の医師と相談してください。)* くすりは通園かばんから出して保育士へ直接手渡してください。手渡ししない場合は、与薬ができないことがありますのでご承知ください。* くすりの袋または容器には必ず名前(フルネーム)をはっきり書いてください。* 与薬の回数(量)は必ず1回分をお願いします。シロップ薬は1回分の容器にしてご持参ください。* 保護者確認後は園側で回収し、保管しますので必ず戻してください。		

薬局発行の「処方薬の説明書」(コピー可)とともに薬をご持参ください。

与薬依頼連絡票(1回分)

社会福祉法人夢の会
認定こども園 あおば保育園

依頼日： 令和 年 月 日 保護者名： _____

園児名		クラス	
病名		医療機関名	
薬の種類	内服薬①【 粉 ・ シロップ 】 (色:) ・ 内服薬②【 粉 ・ シロップ 】 (色:) 塗り薬 ・ 目薬 ・ その他()		
服用時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他()		
飲ませ方	そのまま ・ 水に溶かして ・ その他()		
その他	注意事項等()		
確認欄	受領者(園)	与薬担当者(園)	与薬確認(保護者)
印(サイン)			
留意点	<ul style="list-style-type: none">* 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の医師と相談してください。)* くすりは通園かばんから出して保育士へ直接手渡してください。手渡ししない場合は、与薬ができないことがありますのでご承知ください。* くすりの袋または容器には必ず名前(フルネーム)をはっきり書いてください。* 与薬の回数(量)は必ず1回分をお願いします。シロップ薬は1回分の容器にしてご持参ください。* 保護者確認後は園側で回収し、保管しますので必ず戻してください。		