お薬連絡表（保護者記載用）

平成　　年　　月　　日　記

依頼先　　社会福祉法人　幸悠会　みゆきこども学院

依頼者　　保護者氏名　　連絡先　電話

クラス　　組　子ども氏名　　男・女　　歳　　ヵ月

医療機関名　　連絡先

主治医　　FAX

病名（または症状）

薬剤情報提供書　　あり・なし

①持参した薬は平成　　年　　月　　日に処方された　　日分のうちの**本日分**のみ

②保管は　室温・冷蔵庫・その他（　　）

③薬の剤型（該当するものに○をし、個数を記入）　　例：(粉)（2）(水薬)（1）

粉（　　）　水薬（　　）　外用薬（　　）　その他（　　）

④薬の効能・効果

風邪薬・抗生物質・咳止め・整腸剤・下痢止め・その他（　　）

薬の名前

⑤用法　与薬期間　平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日

食前・食後　　おやつ前・おやつ後

その他具体的に（　　）

⑥外用薬などの使用方法

塗る部位　　塗る箇所

⑦その他の注意事項

（　　）

こども園記載欄

受領者サイン	保管者サイン	与薬者サイン	与薬時刻
			年　月　日 AM/PM　時　分
			年　月　日 AM/PM　時　分
			年　月　日 AM/PM　時　分
			年　月　日 AM/PM　時　分
			年　月　日 AM/PM　時　分
			年　月　日 AM/PM　時　分