

薬の連絡票（保護者記入用）

令和 年 月 日

組 園児名							
保護者名							
病名（または症状）				病院名			
の み 薬	◎薬の剤型（1回分） 【該当するものに○をつけてください】			◎飲ませ方 【該当するものに○をつけてください】			
	粉薬	種類		食事 後 前 間			
	液（シロップ）	種類		【その他あれば具体的に】			
	錠剤	種類					
その他	種類						
ぬ り 薬	◎外用薬の種類			◎使用方法（部位等）			
	ぬり薬						
点眼薬							
その他（ ）							
◎保管場所				◎薬の内容			
室温				抗生物質・感冒薬・咳き止め			
冷蔵庫				下痢止め・整腸剤・気管支拡張剤			
その他（ ）				その他（ ）			
この票を使用し、園で与薬する期間 / ~ / （ 日間）最大6日間(※1)							
受領日	受領者 (サイン)	与薬時間	与薬者 (サイン)	受領日	受領者 (サイン)	与薬時間	与薬者 (サイン)
月 日		AM・PM :		月 日		AM・PM :	
月 日		AM・PM :		月 日		AM・PM :	
月 日		AM・PM :		月 日		AM・PM :	

(※1) この用紙を使用して与薬できるのは最大6日となります。
6日以上になる場合は、再度、薬の連絡票の提出をお願いします。

薬の連絡票（保護者記入用）

令和 年 月 日

組 園児名							
保護者名							
病名（または症状）				病院名			
の み 薬	◎薬の剤型（1回分） 【該当するものに○をつけてください】			◎飲ませ方 【該当するものに○をつけてください】			
	粉薬	種類		食事 後 前 間			
	液（シロップ）	種類		【その他あれば具体的に】			
	錠剤	種類					
その他	種類						
ぬ り 薬	◎外用薬の種類			◎使用方法（部位等）			
	ぬり薬						
点眼薬							
その他（ ）							
◎保管場所				◎薬の内容			
室温				抗生物質・感冒薬・咳き止め			
冷蔵庫				下痢止め・整腸剤・気管支拡張剤			
その他（ ）				その他（ ）			
この票を使用し、園で与薬する期間 / ~ / （ 日間）最大6日間(※1)							
受領日	受領者 (サイン)	与薬時間	与薬者 (サイン)	受領日	受領者 (サイン)	与薬時間	与薬者 (サイン)
月 日		AM・PM :		月 日		AM・PM :	
月 日		AM・PM :		月 日		AM・PM :	
月 日		AM・PM :		月 日		AM・PM :	

(※1) この用紙を使用して与薬できるのは最大6日となります。
6日以上になる場合は、再度、薬の連絡票の提出をお願いします。

保育園へ薬を持参される場合の注意事項

- ① 保護者が記入した「薬の連絡票」が必要です。
- ② 病院で処方された薬だけに限ります。集団生活の中、誤飲を防ぐためにもご協力をお願いします。薬には必ずクラス、名前（フルネーム）を記入し、1回分を保育士に手渡してください。
- ③ 薬剤情報提供書の提出をお願いします。（コピーでも結構です）
- ④ 同じ薬を2日以上持参される場合、2日目以降の与薬についての指示は、下記の記入例のように「薬の連絡票」の内容と相違がないことを、必ず連絡ノートにてお伝えください。ノートに記入がない場合、与薬できませんのでご注意ください。

記入例)

「昨日と同じ内容で与薬をお願いします」

「〇月〇日の連絡票に基づいて与薬をお願いします」

- ⑤ 塗り薬など、長期に使用する薬の場合、担任とご相談ください。
- ⑥ その他、医師からの注意事項がありましたら、必ず記入をお願いします。