



薬の連絡票（内服薬用）

青葉学園野沢こども園

令和 年 月 日

クラス _____ 園児名 _____

保護者名 _____

* 主治医 _____ (_____ 病院・医院)

電話 _____ FAX _____

* 病名（病状） _____

* 薬を処方された日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

* 薬を使用する期間（1年以内） _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

* 処方内容（薬名・薬量・飲む回数） _____

* 薬の作用 _____

* 薬の飲み方（該当するものに○）
そのままで 水で溶く ペースト状に その他（ _____ ）

* 希望時間（該当するものに○）
食前 食後 おやつ前 おやつ後 その他（ _____ ）

* 薬剤情報提供書 あり ・ なし

* 薬の種類と数（該当するものに○をして数を記入して下さい）
粉薬（ _____ ） シロップ（ _____ ） 錠剤（ _____ ） その他 < _____ >（ _____ ）

* 薬の保管（該当するものに○をして部位を記入して下さい）
室温 ・ 冷蔵庫 ・ 遮光

* 留意事項 _____

