



薬の連絡票（外用薬用）

青葉学園野沢こども園

平成 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・使用方法） _____

* 薬の作用 _____

* 園での使用方法（具体的に） _____

* 薬剤情報提供書 あり ・ なし

* 薬の種類（該当するものに○をして部位を記入して下さい）

塗り薬（ _____ ） 点眼薬（右 左） 点耳薬（右 左） 座薬 吸入薬
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 _____

