

幼稚園長様

平成 年 月 日

園児氏名	男 ・ 女	組名
保護者氏名	連絡先 Tel.	
主治医 病院名 医師名	Tel. _____	調剤薬局名 Tel. _____
病名 (または症状)	薬剤名	
薬剤情報書の提出は 年 月 日 / なし		
持 参 薬 に つ い て	1. 処方は： 年 月 日 に処方	
	2. 初めて使用したのは： 年 月 日 朝 ・ 昼 ・ 夕	
	3. 園に薬を依頼する期間 (最長1ヶ月)： 年 月 日 ~ 年 月 日	
	4. 保管は： 冷蔵庫 / その他 ()	
	5. 種類は： 座薬	
	6. 内容は： 解熱剤 ・ 抗けいれん薬 ・ その他 ()	
	7. 使用する時間は： 食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他 ()	
	8. 使用方法 (具体的に) []	
注意事項 (医師からの指示)		

- *上記に記入し、氏名が明記された薬の袋・容器に薬を入れて園にお渡してください。
 - *園で症状等の判断を必要とする薬は、お預かりできません。
 - *初めての薬剤のくすり連絡表を提出する際には、薬剤情報書を一緒に提出してください。
 - *一枚のくすり連絡表を用いての、園での薬剤預かり可能期間は、最長1ヶ月間とします。
- 1ヶ月を経過しても座薬を使用しなかった場合は一旦薬を持ち帰り、再度新しいくすり連絡表を提出してください。

保育園記載欄

受領者サイン	保管者サイン
投与者サイン	保護者への連絡
投与時刻	月 日 午前 ・ 午後 時 分
実施状況など	

きりとりせん

() さん 保護者様

円福幼稚園

お預かりしていた座薬を使用しましたので、お知らせします。

投与時刻 月 日 午前 ・ 午後 時 分

投与者

使用後のカラを添付