

く す り 連 絡 票

年 月 日

| | |
|----------------------------------|---|
| 記入者氏名 | |
| 児童氏名 | |
| 病 名 | |
| 処方した医療機関名 | |
| 薬の種類 | <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 薬の保管 | <input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 要冷蔵 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 薬の飲ませ方 (薬の説明書写しも添 付してください) | <input type="checkbox"/> 抗生物質 食前・食後・その他（ ） |
| | <input type="checkbox"/> 咳止め 食前・食後・その他（ ） |
| | <input type="checkbox"/> 下痢止め 食前・食後・その他（ ） |
| | <input type="checkbox"/> その他 食前・食後・その他（ ） |

【注意事項】

1. 預かることのできる薬は、医師から処方された薬のみです。
2. 薬は、1回分ずつに分けてお持ちください。
シロップについては、1回に飲ませる量が分かるように容器に印等を付けてください。
3. 薬の袋や容器には、必ず名前を書いください。
4. 薬は必ず保護者から職員に直接お渡しする事をお願いいたします。

お預かりした薬は、次のとおり投薬いたしました。

| | |
|------|-------------------|
| 受取者名 | |
| 投薬者名 | |
| 投薬時間 | 食前 ・ 食後 ・ その他 時 分 |
| 連絡事項 | |

年 月 日

笠間市立かさまこども園