

こども園の与薬における安全確保のため、下記についてご協力をお願いします。

1. こども園での与薬が、処方日から(処方日を含む)4 日以上必要な場合は、与薬についての連絡票の提出をお願いしています。(最長 6 か月)
下記連絡票の記載についてよろしくをお願いします。
2. 特別な薬を除き、朝晩2回投与が可能な薬の場合は、こども園での与薬ができるだけ少なくなるようご配慮ください。
3. 下記の内容に変更が生じた場合には、新たに用紙の記入を依頼することがあります。

こども園における与薬についての連絡票

園児名 () 生年月日(年 月 日)

診 断 名

経過および現在の状況

与薬期間、方法

① (薬剤名:) 月 日 ~ 月 日 まで

方法

② (薬剤名:) 月 日 ~ 月 日 まで

方法

必要とする特別な配慮、与薬の注意や緊急時の対応など

年 月 日

医療機関名

医師名