

様式2

座薬に関するくすり連絡表(保護者記載用)

認定こども園長様

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 TEL	調剤薬局名 TEL
医師名		
病名(または症状)		薬剤名
薬剤情報書の提出は 年 月 日 / なし		
1. 処方は: 年 月 日 に処方 持 2. 初めて使用したのは: 年 月 日 朝・昼・夕 参 3. 認定こども園に薬を依頼する期間(最長ヶ月): 年 月 日 ~ 年 月 日 薬 4. 保管は: 冷蔵庫 / その他() に 5. 種類は: 座薬 つ 6. 内容は: 解熱剤・抗けいれん薬・その他() い 7. 使用する時間は: 食前・食後・食間・その他() て 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・容器に薬を入れて認定こども園にお渡ください。
- * 認定こども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、認定こども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。

認定こども園記載欄

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	月 日 午前・午後 時 分
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

認定こども園 川田

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

母薬をこどもの薬用紙