

薬連絡・依頼票(改訂版)

認定こども園たから幼稚園長 馬場章信様

_____組 _____番 園児名_____に対して、下記の薬を記載した方法で、保護者に代わり与薬して下さるよう依頼します。

なお、この件に関して、何らかのトラブルを生じた場合には、貴園に一切の責任を問わないこととします。

令和____年____月____日

保護者名(自著)_____ 印

緊急連絡先Tel _____

診断名又は症状：	
処方医：	連絡先Tel：
処方薬局：	連絡先Tel：
薬名：	
与薬期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日	
与薬時間：1. 昼食前 2. 昼食後 3. 食間（ 時頃） 4. その他（ ）	
与薬方法：1. そのまま飲む 2. 水で飲む 3. 水で溶いて飲む 4. その他（ ）	
※園記入欄(与薬日、与薬者)	

※粉薬や錠剤は、1回分を、クラス名・園児名記載の小袋に入れてください。

※液体薬は、1回分を、クラス名・園児名記載のボトルに入れてください。

※塗り薬は、1回分の量と塗布方法を、先生に直接伝えてください。

与薬期間中は、毎日この用紙といっしょに空いた入れ物をお戻ししますので、その都度、この用紙とその日の分の薬を、先生に直接お渡しください。