

## 慢性疾患内服薬連絡表

一の割自然保育園

クラス \_\_\_\_\_ 園児名 \_\_\_\_\_

依頼先 一の割自然保育園	
依頼者 保護者氏名	☎ 連絡先電話
主治医	電話
(	病院 医院) FAX
病名 (又は症状)	
① 持参した薬は 年 月 日に処方された内の1回分です。	
② 薬の剤型と数 (該当するものに○、( )に数を記入) 粉 ( 包) シロップ ( )	
③ 薬剤情報書の添付あるいは薬名など	
④ 服用の仕方	
⑤ 使用するの は ・昼食前 ・昼食後	
③ その他の注意事項	

※ 下記の外用薬のご利用は必ず保護者印を押して下さい。

月日	保護者印	受領者サイン	与薬者サイン	与薬時間	与薬状況	保護者印

※ 薬剤情報書はコピー可

※ 押印の無い場合は投与しません。