

※ お薬連絡票 ※

(注1)ご記入の上、お薬と一緒に職員に直接手渡しして下さい。

(注2)解熱剤、判断を求められるお薬はお預かり致しません。

依頼日	令和 年 月 日
依頼先	(○で囲む) あおぞら幼保連携型認定こども園 / げんきの森
クラス	(○で囲む) そら にじ ほし たいよう つき かぜ 一時 休日 夜間
児童名	
保護者名	㊞
病名	
病院名	小松こども医院 湊小児科 中通病院 日赤病院 市立病院 おのば能登医院 おのば高橋クリニック その他()
処方薬局	薬局
処方日	令和 年 月 日
薬の内容 (○で囲む)	咳止め 鼻水 抗生物質 下痢止め 整腸剤 中耳炎 結膜炎 湿疹 アトピー 抗アレルギー薬 その他()
投与時間	薬の剤形(個数) <保護者からの連絡>
昼食前	水・粉() 塗()点鼻・点眼()
昼食後	水・粉() 塗()点鼻・点眼()
3時おやつ前	水・粉() 塗()点鼻・点眼()
3時おやつ後	水・粉() 塗()点鼻・点眼()
	水・粉() 塗()点鼻・点眼()

(注3)6ヶ月未満のお子さんの場合は、飲み薬の投与時間(目安)をご記入下さい。

受付職員	㊞又は サイン	投与職員	㊞又は サイン
------	------------	------	------------

[施設共用]制定08. 4. 1改定15. 4. 1改定19. 5. 1 保育書式 4

投与職員	児童名 _____
	月 日 職員名 _____ ㊞又はサイン

※ お薬連絡票 ※

(注1)ご記入の上、お薬と一緒に職員に直接手渡しして下さい。

(注2)解熱剤、判断を求められるお薬はお預かり致しません。

依頼日	令和 年 月 日
依頼先	(○で囲む) あおぞら幼保連携型認定こども園 / げんきの森
クラス	(○で囲む) そら にじ ほし たいよう つき かぜ 一時 休日 夜間
児童名	
保護者名	㊞
病名	
病院名	小松こども医院 湊小児科 中通病院 日赤病院 市立病院 おのば能登医院 おのば高橋クリニック その他()
処方薬局	薬局
処方日	令和 年 月 日
薬の内容 (○で囲む)	咳止め 鼻水 抗生物質 下痢止め 整腸剤 中耳炎 結膜炎 湿疹 アトピー 抗アレルギー薬 その他()
投与時間	薬の剤形(個数) <保護者からの連絡>
昼食前	水・粉() 塗()点鼻・点眼()
昼食後	水・粉() 塗()点鼻・点眼()
3時おやつ前	水・粉() 塗()点鼻・点眼()
3時おやつ後	水・粉() 塗()点鼻・点眼()
	水・粉() 塗()点鼻・点眼()

(注3)6ヶ月未満のお子さんの場合は、飲み薬の投与時間(目安)をご記入下さい。

受付職員	㊞又は サイン	投与職員	㊞又は サイン
------	------------	------	------------

[施設共用]制定08. 4. 1改定15. 4. 1改定19. 5. 1 保育書式 4

投与職員	児童名 _____
	月 日 職員名 _____ ㊞又はサイン