

<お薬連絡票(慢性疾患用)>

選択部分の該当箇所に○をつけ、下線部にご記入ください。記入漏れのないようお願い致します。

依頼者	_____ぐみ 園児名 _____ 保護者氏名 _____
病名	病院名 _____ 医師名 _____ 病名 _____ 主症状 _____
薬の内容	①処方された日 _____年____月____日(____日分) ②薬の種類 内服薬 粉末・シロップ・その他(_____) 外用薬 目薬・塗り薬・坐薬・その他(_____) ③薬の名前 _____ ④保管場所 室温・冷蔵庫・その他(_____) ⑤薬の内容 抗けいれん薬・抗てんかん薬・ステロイド薬 抗アレルギー薬・抗ヒスタミン剤 その他(_____) ⑦投与時間 食前・食後・その他(_____) ⑧(外用薬の場合) 場所 _____
依頼期間	_____年____月____日～_____年____月____日 ※最長1か月(座薬は1年)。また医師の指示書の期間内(最長6か月)でご記入ください。
確認事項 注意事項	(発作が出た場合の対処法や注意事項など、具体的に記入してください)

※お薬入れの中に『お薬の説明書』も忘れずに入れて頂きますようお願い致します。

<投薬確認>

誤認・誤薬防止のため、必ず職員の詳細チェックのもと投薬を行います。

月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者	月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者
月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者	月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者
月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者	月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者
月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者	月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者
月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者	月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者
月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者	月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者
月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者	月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者
月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者	月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者
月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者	月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者
月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者	月 日 曜日 投薬時間(:)	投薬者

※この用紙は使用後園で保管いたします。下記のいずれかに○をつけて提出ください。

・今回の薬は終了しました。 ・引き続き投薬を依頼します。