＜お薬連絡票（慢性疾患等）＞

選択部分の該当箇所に〇をつけ、下線部にご記入ください。

依頼者	保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿ぐみ　園児名 ＿＿＿＿＿＿＿＿
病名	（病状・その他連絡事項） 病院名 ＿＿＿＿＿＿＿＿
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（＿＿袋）・シロップ（＿＿種類） その他（＿＿＿＿＿＿＿＿） 外用薬｛目薬（＿＿種類）・塗り薬（＿＿種類） 座薬（＿＿種類） その他（＿＿＿＿＿＿＿＿） 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（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） ⑥薬の名前　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 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）。引き続き投薬を希望される場合は、新しい用紙を再度提出ください。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	（発作が出た場合の対処法など、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＞

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	
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。下記のいずれかに〇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。