

# 服薬連絡票

すこやか未来保育園 平成 年 月 日

園児	氏 名 ( 組)						
服薬期間	平成 年 月 日( ) ~ 月 日( )						
服薬時間	朝、ご自宅で服用した時間	時	分	園で、服用させてほしい時間	時	分	
薬の種類	1、粉薬						( ) 種類
	2、水薬						( ) 種類
	3、その他(軟膏・点眼など)						( ) 種類
症状又は病名に○をつけてください	・咳 ・鼻水 ・鼻づまり ・のどの痛み ・発熱 ・下痢 ・嘔吐 ・口内炎 ・ぜんそく ・貧血 ・中耳炎 ・鼻炎 ・副鼻腔炎(ちくのう症) ・おむつかぶれ ・あせも ・とびひ ・その他( )						
注意点	★ 薬剤情報提供書を添付の上、保育者へお渡しください。 ★ お薬は必ず1回分にして、名前を記入してください。 ★ お薬の服薬時間は必ず記入してください。 ★ 市販薬・過去に処方されたお薬・兄弟姉妹に処方された薬、服薬日数を過ぎたお薬は預かることができません。 ★ 熱が出たら・咳が出たら・発作が起きたら・・・など園で判断しての服薬は行うことができません。 ★ この服薬連絡票によって服薬した結果について、あらゆる責任は保育園側にはないことを承認ください。						
保護者名							
保育者服薬サイン	/	/	/	/	/	/	/

---

---