

薬の連絡票

依頼先: こじか保育園

令和 5年度 4月 8日 (月)		すみれ 組	
園児名	こじか 太郎	依頼保護者名	こじか 花子
病院名	〇〇小児科クリニック		
調剤薬局名	あおぞら薬局		
処方年月日	令和 5年 4月 6日 5日分のうちの本日分		
薬の内容	抗生物質 咳 下痢止め かぜ薬 鼻水 整腸剤 外用薬(点眼薬)・その他()		
調剤内容	薬剤情報提供書 (あり)		
内服薬の回数と量	シロップ 目盛り 3CC 散剤(粉薬) 1包/回 その他()/回		
外用薬の回数と量	点眼 両方(片方(右・左)) 1回 1滴 軟膏 部位 () その他(昼寝前 点眼2種 間隔を5分あける。等)		
用法	食前(食後)・食間(寝る前) その他 具体的に [水に溶かしてスプーンで飲むことができます。]		
与薬者サイン	職員のサイン		

← 日付は与薬する当日の日付で、名前はフルネームで記入して下さい。
軟膏や点眼は、連続して使用する場合、連絡票は1週間に1枚でOKです。
アトピー性皮膚炎など慢性疾患で長期的に使用する場合1ヶ月に1枚です。

← 処方された病院・薬局名を記入します。

← お薬の説明書に記載されている期間以外では与薬出来ません。

← お薬の説明書を見て記入して下さい。

← 新しく処方されたお薬がある時は、与薬初日にお薬の説明書、お薬手帳など、お薬の情報が書かれた用紙をコピーして提出してください。
(提出されていない場合、与薬出来ません。)

← お薬はその日に飲む1日分(1回分)を持たせて下さい。
シロップは別容器に1回分を入れてください。
点眼、軟膏などはそのままOKです。
※お薬の袋や軟膏の容器にも記名してください。

← 与薬する部位をわかりやすく記入して下さい。
文章でわかりにくい所は登園時に直接職員にお知らせ下さい。

← お薬をそのまま飲む事が難しい時は、お家での飲み方や様子を教えて頂けると参考になります。

与薬した保育士がサインします。

薬1回分(一日分)と一緒に職員へ渡してください
記入漏れや不明な点があった場合は、服用できない場合があります

