

連絡票

認定こども園 ひかり GreenWell

依頼者	保護者名			
	園児名		クラス	

与薬依頼日	年 月 日 ()			
医療機関名	電話番号			
受診日	年 月 日 ()	疾患名		
与薬の内容	薬剤名	形状	症状	外用薬の場合、塗る部位
	(例)ムコダイン	粉薬・水薬 外用・目薬	鼻づまり	
	(例)リンデロン	粉薬・水薬 外用・目薬	かゆみ	背中、足など
		粉薬・水薬 外用・目薬		
		粉薬・水薬 外用・目薬		
		粉薬・水薬 外用・目薬		
その他				

☆与薬について注意事項☆

- 医師の処方した薬に限ります。(市販薬はお受けできません)
- 内服薬は、昼食後1回分のみ、お預かりします。

薬袋 (園指定の黄色いポーチ)に以下のものを入れて、職員室の薬箱に入れてください。

- ◇ 1回分の薬 (粉、水薬いずれも) お名前を記入してください
- ◇ 連絡票
- ◇ おくすり表・・・日時、薬の種類 保護者のサインを記入したもの