**与薬連絡票**

認定こども園よしかわ保育園　園長殿

下記の通り与薬をお願いいたしたく、依頼いたします。

依頼日：　R　　　　年　　月　　日（　　曜日）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| クラス |  | 保護者 | 氏名 |  |
| 園児氏名 |  | 連絡先 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **病名** |  |
| **症状** |  |
| **受診医療機関** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |
| **受診日** | 年　　　月　　　日 |
| **処方箋の内容** |  |
| **使用方法** |  |
| **与薬期間** | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| **与薬時間** | 食前　・　食間　・　食後　・　その他（　　　　　　　　　） |
| **備考** |  |

※市販薬の与薬、および上記に記載されていない処方箋の与薬はできません。

※1回分のみ持参して下さい

※薬剤情報（薬剤情報提供書）の提出をお願い致します。

【園使用欄】内服薬

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 与薬日時 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| ： | ： | ： | ： | ： |
| 与薬者 |  |  |  |  |  |