薬の連絡票

|  |
| --- |
| 主治医の指示に基づいて与薬をお願いいたします。  年　　　月　　　日  クラス名　　　　　　　　組　　　　園児氏名　　　　　　　　　　　　男・女    保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 主治医：　　　　　　　　　　　　（　　　　　　病院・医院）　℡  病名（又は症状）  １薬処方日：　　　　　　　　年　　　月　　　日  ２保管方法：　室温　　冷蔵庫　　その他（　　　　　　　　　　　　　　）  ３薬の種類：　内服薬　　湿布薬　　塗布薬　　点眼薬　　その他（　　　　　　　　）  ４与薬期間：　　　　　　年　　月　　日（　　）日から　　　　月　　日（　　）    　　　　　　　　　　食前　・　食後　・　食間　・その他（　　　　　）  ５注意事項： |

注意事項

〇　吉美こども園で預かれる薬は、治療上必要やむを得ない薬で医師が記入されたもののみをお預かりいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 園  記  載 | 受領者 |  | 受領時間 | 月　　日　　　時　　分 |
| 投与者 |  | 投与時間 | 月　　日　　　時　　分 |
| 実施状況： | | | |

* 園記載は必要に応じて、別葉を作成すること。

登　　園　　届

吉美こども園長　　様

クラス名

園児氏名

病　　名：　インフルエンザ、百日咳、麻しん、おたふくかぜ、

みずぼうそう、風しん

その他（　　　　　　　　　　　　　　）

欠席期間：　　　　　年　　　月　　　日から　　　　年　　月　　日まで

症状が回復し、【医療機関、医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　】に

おいて、集団生活に支障がないと判断されたので　　　月　　日から登園します。

　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞