



薬の連絡票(保護者記入用)

年 月 日

組 園児氏名							
緊急連絡先 TEL ()							
保護者氏名							
病名(または症状)				病(医)院名 担当医 TEL ()			
の み 薬	◎薬の剤型(1回分) 【該当するものに○をつけて下さい】			◎飲ませ方 【該当するものに○をつけて下さい】			
	粉薬		種類	食事	後	前	間
	液(シロップ)		種類	【その他あれば具体的に】			
	錠剤		種類				
	その他		種類				
外 用 薬	◎外用薬の種類			◎使用方法			
その他特記事項				認定こども園記載 実施状況など(何か変化があった場合のみ)			
この票を使用し、園で与薬する期間 (日間) 最大6日間 (※1)							
与薬日	受領者 (サイン)	与薬時間	与薬者 (サイン)	与薬日	受領者 (サイン)	与薬時間	与薬者 (サイン)
月 日		AM・PM :		月 日		AM・PM :	
月 日		AM・PM :		月 日		AM・PM :	
月 日		AM・PM :		月 日		AM・PM :	
薬受領時と与薬時のチェックリスト(認定こども園記載)							
☐ 薬についての連絡票内容確認 ☐ 使用する薬は1回分のみ受付 ☐ 薬の袋や容器にクラス・名前記入 ☐ 薬剤情報提供書(コピー可)							

※1 この用紙を使用して与薬をできるのは最大6日となります。6日以上になる場合は、再度、薬の連絡票の提出をお願いします。

※2 初めて飲む薬はお預かりできません。

※3 薬剤情報提供書は原本であっても返却いたしません。

◎薬の取り扱いについての詳しい内容は、園生活サポートブックの【入園後、いつもご配慮いただきたいこと】

⑩の熱やけが、薬の服用などお子さまの健康に関する対応についての「薬について」のページをご覧ください。