

与薬連絡票

別紙3

令和 年 月 日

(保育園お預かり用)

※太枠内に保護者の方の記入をお願いします。

組 園児名：	男・女
保護者名：	印 連絡先：
病名： のため、保護者に代わりこども園での投薬を必要とする。 医療機関名及び主治医サイン： 印	
持参した薬は、令和 年 月 日処方された 日分のうち本日分 薬の種類は、内服薬・外用薬（部位：右 ・左 ） 管理方法は、室温・冷所保存・その他（ ） 与薬時間は、食前・食後・食間（午前・午後 時 分頃） その他（ ）	
保護者の皆様へ ※初回は主治医の許可の署名・捺印と薬の成分表が必要です。 ※1回分ずつ分けて、日付と、お子様の名前を記載してください。 ※登園時、保育者に直接手渡してください。 ※原則として保護者が与えたことのない薬や、以前に処方された薬はお預かりできません。	
こども園記載事項 保管開始： 月 日午前・午後 時 分 受領者 印 投薬時間： 月 日午前・午後 時 分 投与者 印 上記確認後 園長 印	

医療機関各病（医）院長様

与薬依頼書への記載についてお願い

社会福祉法人 おひさまこども園

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃より、当園の園児を診察して頂きまして誠にありがとうございます。

日常の医療業務ご多忙のところ恐縮ではございますが、当園での与薬を許可いただける場合は、与薬連絡票の医師欄に署名、捺印をお願い申し上げます。

敬具