

薬に関する連絡表

令和__年__月__日

連絡先：__児童ホーム

保護者氏名：__

注意事項

- ①薬に関する責任は、保護者といたします。

②薬は医師の処方によって調合されたものに限りです。

③薬は1回分とし、薬袋や容器に名前を明記してください。

④薬は支援員に直接手渡ししてください。

薬を使用する児童		病名または症状	
病 院	(病院名)		
	(診療科・主治医)		
	(電話番号)		
処方日	__月__日に処方された__日分の中の本日分		
保 管	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()		
剤 型	粉末 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ その他 () 全__種類使用 薬剤情報提供書 (有・無)		
薬の内容	抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・その他 ()		
使用する日時	年 月 日～ 年 月 日		
	(午前・午後) __時__分 ・ おやつ (前・後) __分 その他具体的に ()		
使用方法			
その他の連絡事項 (前日の体調等)			

【保育課処理欄】				
受領者	投与者	投与時間	容器返却	備考(保護者にお伝えする事項)
			あり→済 なし	