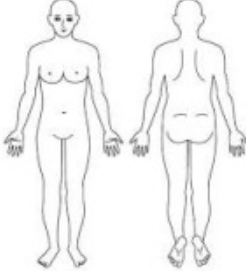


投薬連絡票

記入日：平成 年 月 日

依頼先	社会福祉法人青倉会 にしきの保育園 園長 殿						
依頼者	保護者氏名	【緊急連絡先】			園児氏名		
主治医 (かかりつけ医)	電話番号						
病名・症状							
調剤薬局	電話番号						
処方日	平成 年 月 日	処方された期間			日分		
処方された薬について該当するものに○、または明記してください。							
剤型	粉	液 (シロップ)	外用薬 (塗り薬)	点眼薬			
	その他 []				色		
内容	抗生物質	解熱剤	せき止め	下痢止め	かぜ薬		
	外用薬 (塗り薬)	点眼薬	その他 []				
	調剤内容			使用方法			
			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 右 左 左 右 </div> 				
※ 薬局が発行する薬剤情報提供書の添付に替えることができます。			※ 外用薬の場合は塗布する部位に印				
使用する日時	期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで (最長5日間まで)					
	時間	午前・午後 時 分頃		食前 分前	食後 分後		
	その他具体的な時間						
その他の注意事項							

- ☆ 投薬期間中のお薬を全てお預かりすることはできません。
- ☆ この投薬連絡票は、初日に依頼する際に1日目のお薬と一緒に提出してください。
- ☆ お薬は、1日ごとに1回分ずつに分けてお預けください。
- ☆ 投薬期間は最長5日間(保育のない日を除く)までです。投薬を継続する時または、処方内容が変更になった時は、この投薬連絡票を再度記入して提出してください。
- ☆ 投薬連絡票の提出がない場合は、いかなる理由でも投薬いたしません。

保護者記入欄			保育園記入欄		保護者記入欄			保育園記入欄	
投薬日		依頼者	投薬時間	投薬者	投薬日		依頼者	投薬時間	投薬者
1	H / /		:		2	H / /		:	
3	H / /		:		4	H / /		:	
5	H / /		:						