

認定こども園長様

令和 年 月 日

園児氏名	男 ・ 女	組名
保護者氏名	連絡先 <small>TEL</small>	
主治医 病院名 医師名	<small>TEL</small>	調剤薬局名 <small>TEL</small>
病名（または症状）	薬剤名	
薬剤情報書の提出は 年 月 日 / なし		
持 参 薬 に つ い て	1. 処方は：	年 月 日 に処方
	2. 初めて使用したのは：	年 月 日 朝 ・ 昼 ・ 夕
	3. 認定こども園に薬を依頼する期間（最長1ヶ月）：	年 月 日 ～ 年 月
	4. 保管は：	冷蔵庫 / その他（ ）
	5. 種類は：	座薬
	6. 内容は：	解熱剤 ・ 抗けいれん薬 ・ その他（ ）
	7. 使用する時間は：	食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他（ ）
	8. 使用方法（具体的に）	[]
注意事項（医師からの指示）		

- * 上記に記入し、氏名が明記された薬の袋・容器に薬を入れて認定こども園にお渡してください。
- * 認定こども園で症状等の判断を必要とする薬は、お預かりできません。
- * 初めての薬剤のくすり連絡表を提出する際には、薬剤情報書を一緒に提出してください。
- * 一枚のくすり連絡表を用いての、認定こども園での薬剤預かり可能期間は、最長1ヶ月間とします。
1ヶ月を経過しても座薬を使用しなかった場合は一旦薬を持ち帰り、再度新しいくすり連絡表を提出してください。

認定こども園記載欄

受領者サイン	保管者サイン
投与者サイン	保護者への連絡 月 日 午前・午後 時 分
投与時刻	月 日 午前 ・ 午後 時 分
実施状況など	

きりとりせん

() さん 保護者様

認定こども園 朝陽学園

お預かりしていた座薬を使用しましたので、お知らせします。

投与時刻 月 日 午前 ・ 午後 時 分

投与者

使用後のカラを添付