主治医様

しあわせの丘こども園　園長

こども園の与薬における安全確保のために、下記についてご協力をお願いします。

1　こども園での与薬が、処方日から（処方日を含む）5日間以上必要な場合は、与薬についての連絡票の提出をお願いしています。（最長6か月）

2　特別な薬を除き、朝晩2回投与が可能な薬の場合は、こども園での与薬ができるだけ少なくなるようにご配慮ください。

3　下記の内容に変更が生じた場合には、新たに用紙の記入を依頼することがあります。

こども園における与薬についての連絡票

しあわせの丘こども園

園児氏名	生年月日　　　　年　　月　　日
診断名	
経過及び現在の状況	
与薬期間・方法 1　薬剤名（　　　　　　）　月　　日　～　月　　日 方法 2　薬剤名（　　　　　　）　月　　日　～　月　　日 方法	
必要とする特別な配慮、与薬の注意や緊急時の対応など	

令和　　年　　月　　日　　　　医療機関名

医師名