

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