

与薬指示書（医師記載用）

みつばさ愛育園園長 殿

園児名 _____

病名 _____

上記疾患のため、1日3回の与薬が必要です。

年 月 日 から 月 日までの間

保育園において、昼食（前・後 分以内）に与薬をお願いします。

年 月 日

医療機関名

医 師 名

連絡票（保護者記載用）

年 月 日 記

児童名 () ぐみ

病名 又は 症状	
病院名()	主治医()
①持参した薬は ()年()月()日 に受診し ()月()日 に処方され ()日文処方されました。	
②保管は	室温 冷蔵庫 その他()
③くすりの剤型	散剤・顆粒 液 塗り薬 その他()
④飲ませる時間	昼食の()分前 昼食の()分後 おやつの()分前 おやつの()分後
⑤薬の飲ませ方	白湯に混ぜて そのまま
⑥薬の紹介がない場合は薬の名前をお書きください ()	

※ この表は必ず医師の処方箋(薬局でもらった薬の紹介)と一緒に提出してください。

この表は同じ薬であれば5日間有効です。薬の内容が変わったらその都度、連絡票と薬の紹介を提出してください。