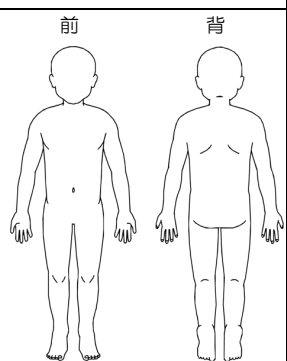


預けるお薬には、**1回分ごとに、日付、投与時刻、園児名をご記入の上、**  
看護師または保育士に直接手渡しでお渡してください。

ふりがな 児童氏名	男 ・ 女	所属施設	保育園 幼稚園 小学校
生年月日	年 月 日		
保護者 氏名		保護者 連絡先	
受診 医療機関		医療機関 連絡先	

診断名			
薬の名前			
持参薬剤	全部で	種類	回分 ( 個・本)
投与時期	<input type="checkbox"/> 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)		
剤型	飲み薬： <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 外用薬： <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> 点眼・点鼻 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> その他( )	前 背  外用薬の場合、塗布箇所○	
保管方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他( )		
用法	<input type="checkbox"/> 昼食(食前・食後) <input type="checkbox"/> おやつ(食前・食後) <input type="checkbox"/> 午前・午後__時頃 <input type="checkbox"/> その他		
用量	<input type="checkbox"/> 飲み薬： _____ 袋・錠・mL <input type="checkbox"/> 吸入： _____ 回 <input type="checkbox"/> 点鼻・点眼：両目・右・左 _____ 回 ずつ		
その他 注意事項	<input type="checkbox"/> 薬剤情報の添付あり		

使用日	/	/	/	/	/	/	/
受領サイン							
保管サイン							
与薬サイン							

使用日	/	/	/	/	/	/	/
受領サイン							
保管サイン							
与薬サイン							