

保育園長様

年 月 日

園児氏名	組	男 ・ 女
保護者氏名	TEL	
主治医 病院名	TEL	調剤薬局名
医師名	TEL	
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
	2. 初めて使用したのは：	年 月 日
	3. 保育園に薬を依頼する期間 (最長1ヶ月)：	年 月 日 ~ 年 月 日
	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・容器に薬を入れて保育園にお渡してください。
- \* 保育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、保育園での薬剤預かり可能期間は、最長一か月間とします。1ヶ月を経過しても座薬を試用しなかった場合はいったん薬を持ち帰り再度新しい薬連絡表を提出してください。

保育園記載欄

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

善光寺保育園

お預かりしていた座薬を試用しましたので、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