

慢性疾患用薬の連絡票

医師の診断を受けたところ、下記のように説明がありましたので与薬をお願いします。

園児名						保護者名			
病院名 (医師名)						電話	()		
病名 (症状)	気管支喘息	アトピー性皮膚炎	慢性中耳炎	てんかん	その他 ()				
飲み薬について									
	粉末 (種類)	シロップ (種類)	他 ()						
	使用時間 (食前 食後 他)								
外用薬について	塗り薬 貼り薬 目薬 他 ()								
	使用部位 ()								
	使用時間 ()								
使用日	/	/	/	/	/	/	/	/	/
連絡事項									
与薬時間									
与薬者印									
使用日	/	/	/	/	/	/	/	/	/
連絡事項									
与薬時間									
与薬者印									
使用日	/	/	/	/	/	/	/	/	/
連絡事項									
与薬時間									
与薬者印									

※慢性の病気(経過が長引くような病気)があり、在園中に与薬や処置が必要な場合は、「慢性疾患用薬の連絡票」を提出して下さい。

※慢性疾患については、薬を預かるにあたり、園から主治医に対し園での対応について相談をするまたは保護者の方と同伴し、主治医と面談させていただくこともありますので、ご了解下さい。

※与薬期間終了または使用日等の記入欄がなくなりましたら、連絡票は園にて保管します。