

主治医の先生へ

美原北こども園

園の与薬における安全確保のため、下記についてご協力をお願いします。

- 1.園での与薬が、処方日から（処方日を含む）4日以上必要な場合は、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）  
下記連絡票の記載についてよろしくお願いします。
- 2.特別な薬を除き、朝晩2回投与が可能な薬の場合は、園での与薬ができるだけ少なくなるようご配慮ください。
- 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。

園における与薬についての連絡票

園児氏名( ) 生年月日( 年 月 日)

診断名

経過および現在の状況

与薬期間、方法

① (薬剤名: ) 月 日~ 月 日まで  
方法

② (薬剤名: ) 月 日~ 月 日まで  
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

平成 年 月 日

医療機関名

医師名