

お薬が終了しましたら、この用紙を  
クラス担任へお渡し下さい。

## 内服薬・連絡票

はっぴっぴ!では、薬を原則的にはお預かりしておりません。ただし、慢性疾患などで保育中に与薬の必要を医師が認めた場合は、下記の連絡票を提出していただきお預かり致します。

年 月 日 曜日 クラス ( ) 園児名

|                     |                           |             |
|---------------------|---------------------------|-------------|
| 依頼者                 | 保護者名                      | 緊急連絡先①<br>② |
| どんな病気・症状<br>で受診しました |                           |             |
| 処方医師、あるいは病院名        | 病院                        | 医師          |
| 薬剤情報提供書の有無          | 有 無                       |             |
| 薬の名前を記入して下さい        | ※情報提供書がある場合は、記入の必要はありません。 |             |
| 持参した薬は              | 年 月 日に 日分処方されたうちの本日分      |             |
| 使用する期間              | 年 月 日 ~ 月 日まで             |             |
| 与薬時間                | 昼食前・昼食後・おやつ前・おやつ後・その他( )  |             |
| 薬の保管場所              | 室温・冷蔵庫・その他                |             |
| 保育園記入欄              | 確認者(受取り者)サイン              |             |
|                     | 備 考                       |             |

| 月 日(曜日) | 朝の体温 | 朝内服した時間 | 保育園で内服させる時間 | 保護者サイン | 受取者サイン | 保育園で内服した時間 | 与薬者サイン |
|---------|------|---------|-------------|--------|--------|------------|--------|
| / ( )   | ℃    | :       | :           |        |        | :          |        |
| / ( )   | ℃    | :       | :           |        |        | :          |        |
| / ( )   | ℃    | :       | :           |        |        | :          |        |
| / ( )   | ℃    | :       | :           |        |        | :          |        |
| / ( )   | ℃    | :       | :           |        |        | :          |        |
| / ( )   | ℃    | :       | :           |        |        | :          |        |
| / ( )   | ℃    | :       | :           |        |        | :          |        |

※コピーしてご使用下さい。

お薬が終了しましたら、  
この用紙をクラス担任へ  
お渡し下さい。

## 外用薬・連絡票

はっぴっぴ！では、薬を原則的にはお預かりしておりません。ただし、慢性疾患などで保育中に与薬の必要を医師が認めた場合は、下記の連絡票を提出していただきお預り致します。

年 月 日 曜日 クラス ( ) 氏名

|                         |                           |               |
|-------------------------|---------------------------|---------------|
| 依頼者                     | 保護者名                      | 緊急連絡先①        |
|                         |                           | ②             |
| どんな病気・<br>症状で受診し<br>ました |                           |               |
| 処方医師、<br>あるいは病<br>院名    | 病院                        | 医師            |
| 薬剤情報提<br>供書の有無          | 有                         | 無             |
| 薬の名前を<br>記入して下<br>さい    | ※情報提供書がある場合は、記入の必要はありません。 |               |
| 持参した薬<br>は              | 年 月 日 に                   | 日分処方されたうちの本日分 |
| 使用する期<br>間              | 年 月 日 ~                   | 月 日 まで        |
| 与薬時間                    | 昼食前・昼食後・おやつ前・おやつ後・その他 ( ) |               |
| 薬の保管場<br>所              | 室温・冷蔵庫・その他                |               |
| 保育園記入<br>欄              | 確認者 (受取り者) サイン            |               |
|                         | 備 考                       |               |

使用部位を  
マークしてください。



