主治医の先生へ

学校法人松本学園　幼保連携型認定こども園
菩　提　幼　稚　園

幼稚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．幼稚園での与薬が、処方日から（処方日を含む）５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カ月）
　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、幼稚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．「薬剤情報提供書」も連絡票と一緒にお渡しいただきますようお願いします。
4．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。

幼稚園における与薬についての連絡票

児童氏名（　　）　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

年　月　日　　医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿