

主治医の先生へ

学校法人 松本学園
菩提スタッフチルドレンルーム

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をお願いします。
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。

菩提スタッフチルドレンルーム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

平成 年 月 日 医療機関名

医師名