

主治医の先生へ

学校法人 松本学幼保連携型 認定こども園
菩提こども園しらさぎ

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）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。
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、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いたします。
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。

菩提こども園しらさぎ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）

クラス（ 組）

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 _____