

薬の長期服用票(1ヶ月)

医療機関からの処方のみ受け付けます。太枠内に必要事項をご記入下さい。

園児名	(組)			
保護者名				
病院名	(医師)			
薬の処方日	令和	年	月	日 (日分)
※ 当てはまるところに○印をつけ、数量などをご記入ください				
薬の種類	◎粉 薬 (袋)	病名	◎喘息	
	◎水 薬 (本)		◎中耳炎	
	◎点眼薬 (本、部位：右・左・両眼)		◎アトピー	
	◎点鼻薬		◎結膜炎	
	◎塗 薬 (種類、部位：)		◎とびひ	
	◎その他 ()		◎その他 ()	
保管方法	室 温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()			
与薬日時	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他 ()			
※ お薬の情報提供書は、必ず薬に添えて職員にお渡しください				
園記載	受付者名			
	与薬者名			
	特記事項			

与薬日時

/	⓪	/	⓪	/	⓪	/	⓪	/	⓪
時	分	時	分	時	分	時	分	時	分
/	⓪	/	⓪	/	⓪	/	⓪	/	⓪
時	分	時	分	時	分	時	分	時	分
/	⓪	/	⓪	/	⓪	/	⓪	/	⓪
時	分	時	分	時	分	時	分	時	分
/	⓪	/	⓪	/	⓪	/	⓪	/	⓪
時	分	時	分	時	分	時	分	時	分