

薬の長期服用票(1ヶ月)

太枠内に必要事項をご記入下さい。

保護者名					
園児名	() 組)				
主治医	() 病院・医院)				
薬の処方日	平成 年 月 日 (日分)				
※ 当てはまるところに○印をつけてください。					
薬の種類	<input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 点鼻薬 <input type="checkbox"/> 塗薬 <input type="checkbox"/> その他 ()	病名	<input type="checkbox"/> 風邪(発熱・咳・のど痛) <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 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 ()				
薬剤情報提供書	あり ・ なし ※ 調剤薬局の場合、必ずもらってください。				
園記	受付者名				
	与薬者名				
	特記事項				

／ 時 分	／ 時 分	／ 時 分	／ 時 分	／ 時 分
／ 時 分	／ 時 分	／ 時 分	／ 時 分	／ 時 分
／ 時 分	／ 時 分	／ 時 分	／ 時 分	／ 時 分
／ 時 分	／ 時 分	／ 時 分	／ 時 分	／ 時 分
／ 時 分	／ 時 分	／ 時 分	／ 時 分	／ 時 分