

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	◎粉薬	◎水薬	病 名	◎風邪(発熱・咳・のど痛)	
	◎点眼薬	◎点鼻薬		◎下痢	◎ぜんそく
	◎塗薬			◎中耳炎	◎アトピー
	◎その他()			◎結膜炎	◎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()			
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				
/ ① 時 分	/ ① 時 分	/ ① 時 分	/ ① 時 分	/ ① 時 分	
/ ① 時 分	/ ① 時 分	/ ① 時 分	/ ① 時 分	/ ① 時 分	
/ ① 時 分	/ ① 時 分	/ ① 時 分	/ ① 時 分	/ ① 時 分	
/ ① 時 分	/ ① 時 分	/ ① 時 分	/ ① 時 分	/ ① 時 分	
/ ① 時 分	/ ① 時 分	/ ① 時 分	/ ① 時 分	/ ① 時 分	