

慢性疾患用『くすり連絡票』(保護者記載用)

年 月 日 記載

依頼先	前原中央保育園 宛
依頼者	保護者氏名:
	連絡先 電話 ①
	②
	③
	子ども氏名: 生年月日: 平成 年 月 日生 男 女 年齢: 歳 ヶ月
主治医	先生 電話: ()
	病院・医院 FAX:
病名・症状	
処方内容 (使用方法)	※どんな薬をどのようにしようするのか。
処方日	年 月 日 に処方されたものです。
保管は	室温 冷蔵庫 遮光 その他()
薬の作用	
保管期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (1年間以内)
園での使用 方法(具体的に)	※どんな薬をどのようにしようするのか。(例:体温が °C以上の時)
薬剤情報 提供書	あり なし
前回使用日	年 月 日
その他の注意事項	
園記載欄	
受領日	平成 年 月 日
受領者	
園の保管場所	
< 面 談 >	
日時	平成 年 月 日
出席者	
内容	① 初めての発作: 年 月 日 歳 ヶ月の時
	② 発作を起こした時の状況
	③ その後の状況
	④ 一番最近の発作は 年 月 日