H30.4

お薬カード

園　長	主　任

令和　　年　　月　　日　　＊1日2回の与薬にできるか、主治医の先生にご相談ください。

クラス名		医療機関名
児童氏名		
保護者氏名		電話番号
病名及び症状		
児童の体調		
持参した お薬の数	・粉薬　　袋　・錠剤　　袋　・水薬　　種　・軟膏　　種 ・その他 例）錠剤2種類が1袋に入っている場合・・・錠剤　1　袋と記入してください。	
薬の保管方法	・室温　・冷蔵庫　・その他	
与薬時間等	・昼食前　・昼食後　・食間（　　時頃）　・塗布（　　時頃） ・その他	
飲ませ方 塗布方法等 その他 注意事項		

主治医と相談の結果、医師の指示により保育園での保育時間内における与薬が必要になりました。記載内容について相違ありませんので、保護者にかわって与薬をお願いします。なお、与薬の行為により何らかの問題が生じたとしても、一切の責任は問いません。

持参日	受領者	与薬者	児童の様子	保護者印	持参日	受領者	与薬者	児童の様子	保護者印