

葉梨こども園 お薬カード

_____年 _____月 _____日

_____組 _____園児名

診察の結果、_____と診断されましたので、処方された薬の投与をお願いします。

保護者名 _____ 印 _____ 緊急連絡先 _____

受診病院名 _____ TEL _____

処方された日 _____年 _____月 _____日

使用する日時	_____年 _____月 _____日 ~ _____月 _____日
	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間

※持参した薬の1回分の数量・投与時間に○を付けて下さい。点眼薬も同様です。

<内服薬>

- ・粉薬() 包 食前 食後 食間
- ・水薬(1回分) 食前 食後 食間
- ・錠剤() 錠 食前 食後 食間

<外用薬>

- ・塗り薬() 種類 塗るところ ()
- ・点眼薬() 種類 右目 左目 両目

<園記入欄>

投薬実施記録		
日・曜日	投薬時間	投薬者サイン
月 日()	午前・午後 :	
月 日()	午前・午後 :	
月 日()	午前・午後 :	
月 日()	午前・午後 :	
月 日()	午前・午後 :	

※この用紙をコピーしてお使いください