

投薬カード

年 月 日 () 太田さくら認定こども園
下記の項目に記入し、保育士にお渡し下さい。

組 園児名 _____ 保護者 _____ 印 _____

<投薬期間> 月 日 () ~ 月 日 ()

<病名> _____ <病院名> _____

<薬の名前> _____

<薬の種類> 水薬・粉薬・塗り薬・点眼薬・その他

<投薬時間> 食前 ・ 食後

<塗る部位> _____

<薬の保管> 常温 ・ 冷蔵

<その他注意すること> _____

<保育園記載欄>

※投薬日・投薬者名記入欄

(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)

医師の診断による薬のみを預かり市販薬は投薬しません。

また、表記のとおり投薬し薬による事故が起こった場合、保育園としては一切の責任はおえませんのでご了承下さい。

太田さくら認定保育園

園長 飯田 順子