

投薬カード

年 月 日 () 元吉田さくら認定こども園

下記の項目に記入し、職員にお渡し下さい。

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>

<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、園
としては一切の責任はおえ
ませんのでご了承下さい。

元吉田さくら認定こども園
園長 佐藤 聖悟