

お薬連絡票（保護者記載用）

平成 年 月 日提出

依頼先 保育園名	
依頼者 保護者氏名	
子ども氏名	(歳 ヶ月)
連絡先 電話番号	()
病院名	電話番号 ()
(主治医名)	
病名(症状)	
※該当するものに○、または明記	
①持参した薬は	平成 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分
②保管は	室内 冷蔵庫 その他()
③薬の剤型	粉 液(シロップ) 外用薬 その他()
④薬の内容	抗生物質 咳止め 下痢止め かぜ薬 外用薬
調剤内容:	
⑤使用日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分
	又は食事(おやつ)の 分前・ 分後
	その他具体的に()
⑥外用薬などの使用法	
⑦その他の注意事項	薬剤情報提供書 有 無
受領者サイン	
保育園記録欄	投与時刻 月 日 時 分
	実施状況など
	キリトリ
園児氏名	受領者サイン
保護者控え	投与時刻 月 日 時 分
	実施状況など

キリトリ

お薬連絡票（保護者記載用）

平成 年 月 日提出

依頼先 保育園名	
依頼者 保護者氏名	
子ども氏名	(歳 ヶ月)
連絡先 電話番号	()
病院名	電話番号 ()
(主治医名)	
病名(症状)	
※該当するものに○、または明記	
①持参した薬は	平成 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分
②保管は	室内 冷蔵庫 その他()
③薬の剤型	粉 液(シロップ) 外用薬 その他()
④薬の内容	抗生物質 咳止め 下痢止め かぜ薬 外用薬
調剤内容:	
⑤使用日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分
	又は食事(おやつ)の 分前・ 分後
	その他具体的に()
⑥外用薬などの使用法	
⑦その他の注意事項	薬剤情報提供書 有 無
受領者サイン	
保育園記録欄	投与時刻 月 日 時 分
	実施状況など
	キリトリ
園児氏名	受領者サイン
保護者控え	投与時刻 月 日 時 分
	実施状況など

登園許可証

平成 年 月 日

保育園名	すぎのこ保育園		
クラス		園児氏名	
[病名・症状]	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
[病院名]	保育園をお休みしていましたが、平成 年 月 日に		
[住所]	で		
[主治医]	印		
[連絡事項]	から登園を許可されましたので届けます。		

登園届

保育園名	すぎのこ保育園	
クラス		園児氏名

保育園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発生をなるべく防ぎ、子どもたちが一日快適に生活できることが大切です。感染症については、登園の目安を参考に、医師の診断に従い登園届の提出をお願いします。なお、保育園の集団生活に適応できる状態に回復してから登園するようお願いいたします。

◆該当疾患に○を記入してください。

	病名	登園の目安 (集団生活に望ましい状態)
	ヘルペス性菌肉口内炎 (単純ヘルペス感染症)	口内炎の症状が改善し元気であれば登園可
	伝染性膿痂疹(とびひ)	治療を受け改善傾向にある。(皮疹が乾燥しているか、部位が被覆できる程度のもの。)
	みずいぼ(伝染性軟属腫)	治療を受け改善傾向にある。(他人への感染のおそれがないと医師が認めた時)

園長殿

平成 年 月 日に

医療機関[

]にて上記診断を

受けました。病状が回復し、集団生活に支障がない状態と診断されましたので登園します。

保護者氏名

印

緊急連絡カード

保育中、園児が思わぬ怪我や病気になった時、すぐ緊急連絡をして、応急処置がスムーズにとれるようこのカードを作ります。
各自保険証及び乳児医療費受給資格証のコピーを貼って提出してください。尚変更があった場合は必ず連絡してください。

【 保険証、乳児医療費受給資格証のコピー 】 (※のりで添付)

園児名	生年月日	平成	年	月	日
ふりがな	住所				
保護者名					
自宅TEL	()				
携帯TEL	携帯TEL	母	()	()	()
父	()	()	()	()	()
優先順位	緊急連絡先名	*携帯以外	住所	電話番号	
①			()	()	
②			()	()	
③			()	()	
診療科目	かかりつけ病院名	電話番号			
小児科	住所	()	()	()	
外科	()	()	()	()	
歯科	()	()	()	()	
体 質					
平熱	℃	ひきつけ	無	有	
その他					

の り し ろ