

与薬に関する主治医意見書

主治医 殿

日頃、園児の健康管理にご協力賜りありがとうございます。

さて、当保育園では、原則として与薬の代行を行っていませんが、抗痙攣薬のように時間与薬の必要な薬剤、食事関連性の強い薬剤、痙攣治療薬、皮膚疾患治療薬など、医師が特に必要と認めたものに限って与薬をすることにしています。

つきましては、先生のご意見をいただきたく以下の意見書に必要事項をご記入願います。

なお、抗菌剤を含めて感冒に対する与薬は認めておりませんのでご承知おき下さいますようお願い申し上げます。

社会福祉法人 夢の成る木
ひなた保育園 園長

与薬に関する主治医意見書

有効期限 平成 年 月 日から
平成 年 月 日まで

園児名 _____

平成 年 月 日生 (男 ・ 女)

施設での与薬を必要とする理由			
1.投薬(塗布)時間が施設滞在時にあたるため		2.その他 ()	
病名		主な症状	
処方内容	(使用薬・1回使用料等)		
投与法	1. 内服 2. 外用	保管方法	常温・冷蔵庫・その他()
注意すべき副作用		その対処法	

注意事項

- 与薬に当たっては薬の使用状況を正確に記録するとともに、これを保護者に伝達し、必要な場合には直接医師に確認を取るようしてください。
- 急変時に与薬した場合や、副作用を生じた場合には、早急に主治医を受診するよう保護者に指示をしてください。

医療機関 _____

医 師 _____

(連絡先) TEL. _____

(※保護者様 裏面に医薬品情報(写)を添付してください。→)

※ 保護者様

下記に与薬する薬についての医薬品情報（写）を添付してください。