与薬依頼書 (保護者記載用)

年 月 日

		保育園	<u>l長</u>				
			保護者				印
			園児名		男・女(歳	ヶ月
			連絡先(電	括)			
1. 主治医	:			(病院・	医院)
連絡先	:(電話):						
2. 病名:							
3. 持参した	こ薬						
1)薬品	名:						
2) 剤型	! :						
飲	(み薬: 散(粉薬) ・	シロップ・	錠			
外	-用薬: 塗り	薬 • 座	薬 ・ そ	の他()
3)	前用方法(いつ)	、何時に、どん	か時に、かど、	具体的に書いて	·ください		
, ,		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	, , , _		
4. 保管							
室温	. 冷	蔵庫 •	その他				
	<u> </u>						
5. その他	の注意事項						
使用日	/			/		,	/
受領サイン							
保管サイン							
与薬サイン							
使用目		/					

受領サイン 保管サイン 与薬サイン

注:使用日以下は保育園で記入

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、横浜市の保育園では、原則として与薬の代行を行っていませんが、時間与薬の必要な薬剤、 食事関連性の強い薬剤、熱性痙攣の予防薬、食物アレルギーの症状発現時の頓用薬など、医師が必 要と認めた物に限って与薬することとしています。

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

なお、抗生物質を含めて急性疾患に対する与薬は認めておりませんので、ご承知おきくださいますようよろしくお願い申し上げます。

			横浜市医師		予少年后 國医部会
	····切り	取り線・・・・・			
-	与薬に関する	主治医意見書			
			年	月	日
園児名	男・女				
平成 年 月	日生				
		医療機関名			
		主治医名			印
1. 病 名:					

1. 病 名:
2. 薬品名:
3. 使用する目的及び使用法
薬品の効用及び使用目的:
保育園で与薬を要する理由:
使用法:
4. その他の特記事項