

主治医 殿

平素は、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、当園では、原則として与薬の代行を行っておりませんが、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、食物アレルギー症状発現時の頓用薬、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致します。

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。

社会福祉法人 山の子会 茶屋保育園

TEL 0797-25-5552

園児名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (男・女)

主治医意見書有効期限： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

施設での与薬を必要とする理由			
1、投薬時間が施設滞在時間にあたるため。 2、その他 (_____)			
病名		主な症状	
処方内容	(使用薬・1回使用料等)		
投与方法	1、内服 2、外用		
注意すべき副作用		その他 対処法	

- 注意事項： 1. 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下さい。
2. 与薬時に急変した場合や、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してください。

医療機関 _____
(連絡先 _____)

医師名 _____

与薬依頼書
(与薬ごとに提出が必要です。)

【保護者記入用】

茶屋保育園 園長あて

クラス名 _____ 組

園児名 _____

保護者名 _____ ㊟

下記の薬を保護者に代わって与薬くださいますようお願いいたします。

※ 医薬品情報（写）でもかまいません（裏面に貼ってご提出ください）

薬を飲む日	年 月 日 ()
病名（または症状）	
処方された 病院・医院名	TEL ()
薬を処方された日	年 月 日 ()
薬品名（商品名）	
薬の服用法	【薬の形】 粉薬 ・ シロップ ・ 粒 ・ 外用薬 【投薬時間】 食前 ・ 食後 ・ 食間 【外用薬など使用方法】 その他 ()
外用薬	使用部位

この薬を飲むのははじめてですか？ (はい ・ いいえ)

原則として、保育園での与薬は行っておりません。

☆内服する薬は1回分にしてください。シロップは1回分を別容器に

☆薬（袋）にも園児名を記入し、本書（与薬依頼書）と、与薬に関する主治医意見書を合わせて提出してください。

「与薬に関する主治医意見書」（裏面:医薬品情報添付）に記載してある薬品名以外はお預かりできません。

（保育所記入欄） _____

与薬した日： 年 月 日 ()

受領者		与薬者	
		与薬時間	: