

与薬に関する主治医意見書

主治医 殿

日頃より、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、本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、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することとしております。

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のご記入をお願い申し上げます。

幼保連携型認定こども園 深沢保育園
園長 鹿糠 正文

----- 切り取り線 -----

与薬に関する主治医意見書

有効期限 令和 年 月 日
令和 年 月 日

幼保連携型認定こども園 深沢保育園

(園児氏名) (生年月日) 年 月 日 (男・女)

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回使用量等)		
投与方法	1. 内服 2. 外用		
注意すべき 副作用			

注意事項: 1. 与薬にあ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. 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下さい。

(医療機関名) _____

(医師名) _____

(連絡先) _____