

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 木村一

----- 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)

発熱時の座薬の使用に関する承諾書

幼保連携型認定こども園 深沢保育園 理事長 殿

私は担当医から十分な説明を受け、子供に座薬の処方を受けております。
座薬の効果や危険性、使用法について理解し、家庭においては座薬が使用可能な体制となっております。認定こども園 深沢保育園での活動において、体温が37.5度以上となった場合、熱性痙攣を起こす可能性があることを想定して、座薬を携帯することといたしました。症状発現により、一刻も早く座薬を与薬する必要があるため、貴園施設職員の方に座薬を与薬していただくことをお願い申し上げます。

なお、この書類は在園中変更事項が発生した都度、提出いたします。

以下のことを確認いたします。

- (1) 発熱の症状がみられた場合には、保護者に状態を見てもらいたいため、直ぐに連絡を致しますのでご了承下さい。
- (2) 医師の指示のもと、保護者からの依頼を受け認定こども園 深沢保育園職員が保護者に代わって与薬を行います。
- (3) 座薬を与薬後に体調の変化等生じた場合、認定こども園 深沢保育園は一切の責任を負いません。
- (4) 保護者との連絡が取れず緊急の事態を要した場合は、認定こども園 深沢保育園職員の判断のもと使用することを了承します。
- (5) 使用期限などの管理は保護者が行う。
- (6) 座薬の保管場所は、保護者及び認定こども園 深沢保育園が協議し決める。

(使用する薬について)

※ 医薬品情報(写)を添付してください。

(薬品名) _____

(使用方法) _____

以上のことについて承諾を致します。

令和 年 月 日

(組名) _____ 組 (園児氏名) _____

(住所) _____

(電話番号) _____

(保護者氏名) _____ 印

アレルギー症状発症時のアレルギー薬の使用に関する承諾書

幼保連携型認定こども園 深沢保育園 理事長 殿

私は担当医から十分な説明を受け、子供にアレルギー薬の処方を受けております。
アレルギー薬の効果や危険性、使用法について理解し、家庭においてはアレルギー薬が
使用可能な体制となっております。 認定こども園 深沢保育園での活動において、万が一
アレルギー症状が発現した場合を想定して、アレルギー薬を携帯することといたしました。

症状発現により、一刻も早くアレルギー薬を与薬する必要があるため、貴園施設職員の方
にアレルギー薬を与薬していただくことをお願い申し上げます。

なお、この書類は在園中変更事項が発生した都度、提出いたします。

以下のことを確認いたします。

- (1) アレルギーの症状がみられた場合には、保護者に状態を見てもらいたいため、直ぐに
連絡を致しますのでご了承下さい。
- (2) 医師の指示のもと、保護者からの依頼を受け認定こども園 深沢保育園職員が保護者
に代わって与薬を行います。
- (3) アレルギー薬を与薬後に体調の変化等生じた場合、認定こども園 深沢保育園は一切
の責任を負いません。
- (3) 保護者との連絡が取れず緊急の事態を要した場合は、認定こども園 深沢保育園職員
の判断のもと使用することを了承します。
- (4) 使用期限などの管理は保護者が行う。
- (5) アレルギー薬の保管場所は、保護者及び認定こども園 深沢保育園が協議し決める。

(使用する薬について)

※ 医薬品情報(写)を添付してください。

(薬品名)

(使用方法)

以上のことについて承諾を致します。

令和 年 月 日

(組名) 組 (園児氏名)

(住所)

(電話番号)

(保護者氏名)

印