

主治医殿

日頃、園児の健康管理にご協力ありがとうございます。

さて、保育園では、原則として医療行為となる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もの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お願い申し上げます。

開栄保育園

園長

----- 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
_____ 年 月 日 生

医療機関名 _____

主治医名 _____ 印

1. 病名：
2. 薬品名
3. 使用する目的および使用法 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

内服薬

与薬依頼書（保護者記入）

年 月 日

	薬品名及び容量	与薬時間	保管方法	内服期限
①			室温・冷蔵・その他（ ）	年 月
②			室温・冷蔵・その他（ ）	年 月
③			室温・冷蔵・その他（ ）	年 月

注意事項など具体的に記入してください

- 処方内容が変わるごとに主治医意見書が必要です。
- 使用期限による交換を含め毎回お薬の説明書が必要です。
- 薬品と内服依頼書を必ず手渡しで職員にお渡し下さい。
- 薬剤師に薬品の使用期限を必ずご確認ください。
確認出来ていない薬品は安全な与薬を保証しかねるためお預かりできません。

受取日	/	/	/	/	/
受取サイン					
与薬日					
与薬サイン					

※与薬は1回分のみお預かりします

組 園児名

保護者名

印

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、保育園では、原則として医療行為となる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ものに限って与薬することとしています。

つきましては、先生のご意見をいただきたく以下の意見書に必要な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お願い申し上げます。

開栄保育園 園長

----- 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

年 月 日 生

医療機関名 _____

主治医名 _____

印

1. 病名 :
2. 薬品名 :
3. 使用する目的および使用法 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

内服薬

与薬依頼書（保護者記入）

年 月 日

	薬品名及び容量	与薬時間	保管方法	内服期限
④			室温・冷蔵・その他()	年 月
⑤			室温・冷蔵・その他()	年 月
⑥			室温・冷蔵・その他()	年 月

注意事項など具体的に記入してください

受取日	/	/	/	/	/
受取サイン					
与薬日					
与薬サイン					

※与薬は1回分のみお預かりします

- 処方内容が変わるごとに主治医意見書が必要です。
- 使用期限による交換を含め毎回お薬の説明書が必要です。
- 薬品と内服依頼書を必ず手渡しで職員にお渡し下さい。
- 薬剤師に薬品の使用期限を必ずご確認下さい。
確認出来ない薬品は安全な与薬を保証しかねるためお預かりできません。

組 園児名 _____

保護者名 _____

印

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、保育園では、原則として医療行為となる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もの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お願い申し上げます。

開栄保育園 園長

----- 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

年 月 日 生

医療機関名 _____

主治医名 _____

印 _____

1. 病名 :
2. 薬品名 :
3. 使用する目的および使用法 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

外用薬

与薬依頼書（保護者記入）

年 月 日

	薬品名及び容量	与薬時間	保管方法	使用期限
⑦			室温・冷蔵・その他()	年 月
⑧			室温・冷蔵・その他()	年 月
⑨			室温・冷蔵・その他()	年 月

注意事項など具体的に記入してください

受取日	/	/	/	/	/
受取サイン					
与薬日					
与薬サイン					

※与薬は1回分のみお預かりします

（塗り薬は1本または1ケース、座薬・貼り薬は1個など）

- 処方内容が変わるごとに主治医意見書が必要です。
- 使用期限による交換を含め毎回お薬の説明書が必要です。
- 薬品と内服依頼書を必ず手渡しで職員にお渡し下さい。
- 薬剤師に薬品の使用期限を必ずご確認ください。
確認出来ていない薬品は安全な与薬を保証しかねるためお預かりできません。

組 園児名 _____

保護者名 _____

印 _____