

与薬依頼書（保護者記載用）

平成 年 月 日

エクレスすみれ保育園 施設長 飯塚大輔 様

保護者名 _____ 印
 園児名 _____ 男・女（ 歳 か月）
 連絡先（電話） _____

1、	主治医： _____（ _____ 病院・医院） 連絡先（電話）： _____
2、	病名： _____
3、	持参した薬： 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) 使用方法（いつ、何時に、どんな時になど、具体的に書いて下さい）
4、	保管： 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 （ _____ ）
5、	その他の注意事項

（※以下は、園が記入します。）

使用日	/	/	/	/	/	/
受領印						
保管印						
与薬印						

主治医 様

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、横浜市内の幼稚園・保育園・認定こども園では、原則として与薬の代行を行なっていませんが、時間与薬の必要な薬剤、食事関連性が強い薬剤、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、医師が認めたものに限って与薬することとされています。

つきましては、先生のご意見を頂きたい、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、ご承知おき下さいますよう宜しくお願い申し上げます。

エクレスすみれ保育園

----- き り と り -----

与薬に関する主治医意見書

平成 年 月 日

園児名 _____ 男・女
生年月日： _____ 年 月 日 生

医療機関名： _____

主治医名： _____ 印

1、 病名：
2、 薬品名：
3、 使用する目的及び方法 薬品の効能及び使用目的： 園で与薬を要する理由： 使用方法：
4、 その他の特記事項