

与薬に関する主治医意見書

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、長浜学舎では、原則として与薬の代行を行っておりませんが、時間与薬の必要な薬剤、食事関連性の強い薬剤、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にして

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、アレルギーの頓服薬、エピペンの預かりについては「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」で提出いただきますので、本意見書は必要ありません。

社会福祉法人湖北報恩会 長浜学舎園長

----- 切り取り線 -----

与薬に関する主治医意見書

平成 年 月 日

園児名 _____ 男・女

平成 年 月 日 生

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るため。 2. その他 ()			
病名		薬品名	
使用する期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (処方内容に変更がない限り、1年を限度とする)		
投与方法	1. 内服 2. 外用		
その他			

医療機関 _____ 医師 _____ (印)

(連絡先 _____)

(※ 保護者様 裏面に医薬品情報 (写) を添付してください →)

(裏)

※ 保護者様 ※

下記に与薬する薬についての医薬品情報（写）を添付してください。

与薬依頼書（保護者記載用）

与薬についてお願い

投薬は、医療行為となるため保育園等では原則できません。やむを得ない事情のある場合のみお受けいたしますが、慎重の上にも慎重を期すため、下記の留意事項をよくお読みになった上で依頼して下さい。ご理解ご協力をどうぞよろしくお願い致します。（この依頼書及び「与薬に関する主治医意見書」のない場合は与薬する事はできません。ご了承ください。

留意事項

- 1、お受けできる与薬は、1日につき1回分のみです。
- 2、与薬は1回の分量だけをお持ちください。
- 3、与薬は「与薬に関する主治医意見書」にて、医師の指示のあったお薬のみお受けいたします。
- 4、薬の袋や容器には必ず記名し、直接、職員に手渡して下さい。
- 5、記入事項について不明な点がありましたら、お電話で確認させていただく場合があります。

平成 年 月 日

長浜学園園長殿

下記の園児については、医師と相談の結果、指示によりやむを得ず園での保育時間中における投薬が必要となりました。
つきましては、保護者の責任において保育園での園児に対する投薬を下記により、行っていただきたく依頼いたします。

クラス名 _____ 園児名 _____

保護者氏名 _____ (印)

1、主治医：		医療機関：				
連絡先 TEL		()				
2、病名：						
3、与薬期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
4、持参した薬 (ア) 名称： (イ) 使用目的： (ウ) 剤型： ・粉薬 ・シロップ ・塗薬 ・その他()						
5、与薬時間 ・食前 ・食間 ・食後 ・()				6、その他注意事項		
処方する日（1週間以内）						
使用日	/	/	/	/	/	/
保護者サイン						
与薬者サイン						

注) 使用日以下の日付と保護者サインは、保育園内でお薬をお預かりする時に記入ください