

主治医 様

日頃より、園児の健康管理にご協力を賜り誠に有難うございます。

当保育所には薬剤を専門に管理する職員がいないため、原則として与薬の代行は行っていません。与薬件数が増えるに伴い、誤与薬の可能性も高まります。時間与薬の必要な薬剤、食事関連性の強い薬剤、熱性痙攣の予防に使用する薬剤などのやむ得ないものを除き、家庭で対応できる与薬回数・与薬時間のご配慮をいただきたく、ご協力をお願いいたします。

先生のご意見を戴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、抗菌剤（一部の疾患を除く）を含めて感冒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お願い申し上げます。

妻田フェルマータ小規模保育園 施設長

----- 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. くすり	
1) 名称・剤型: (① _____) (② _____) (③ _____)	
2) 使用目的: (① _____) (② _____) (③ _____)	
剤 型: (内服薬 散 剤: A 錠剤: B シロップ: C)	
(その他 (_____): D)	
記入例) 1) 名称・剤型: (① インタール A) (② _____) (③ _____)	
2) 使用目的: (① 抗アレルギー剤) (② _____) (③ _____)	
3. 薬の処方日(期間) _____ 年 月 日 (_____ 日分)	
4. 保 管	
室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他(_____)	
5. 主治医コメント	
6. その他	