

<医師記入用>

主治医の先生へ

当保育園では、園児に対する与薬を原則として行っておりませんが、けいれん予防に必要な薬剤や食物アレルギー症状出現時に必要な薬剤など、保育中の与薬がどうしても必要と医師が認めた薬剤に限り、対応したいと考えております。つきましては、必要とご判断されましたら与薬指示書の記入にご協力いただきますようお願い申し上げます。ご家庭で与薬が可能な処方につきましては、投与時間・回数のご配慮・ご協力をお願い致します。

年 月 日

万博れんげ保育園 園長宛

医療機関名

所在地

電話

主治医氏名

印

特例与薬実施に関する主治医意見書

万博れんげ保育園における下記園児の特例与薬実施に関し、次のとおり意見します。

対象園児	ふりがな 氏名		年 月 日生(歳)	
			性別	男・女
病名(または症状)				
薬品名		一回量		
薬剤の形状	<input type="checkbox"/> 散薬(包/回) <input type="checkbox"/> 座薬(個/回) <input type="checkbox"/> シロップ(cc/回) <input type="checkbox"/> その他_____ (/回)			
薬剤の内容	<input type="checkbox"/> けいれん予防のための抗けいれん剤 <input type="checkbox"/> 食物アレルギーによる症状予防のための薬剤 <input type="checkbox"/> 慢性疾患の定期薬及び外用薬 <input type="checkbox"/> その他()			
与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 発熱時()°C以上 <input type="checkbox"/> その他()			
与薬間隔時間 <small>(必要時)</small>	前回投与から()時間以上あけて使用			
保存方法	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵保存 <input type="checkbox"/> その他()			
投与期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
軟膏剤の塗布部位				
その他 注意事項等				

※分3投与時は園での投与は1回のみです

※当園では1回分のみのお預かりを基本とさせていただきます。投与しましたら、次の登園の際に新しい薬をご持参していただくようお願いいたします

※薬剤一種類につき、本用紙一枚の記入をお願いいたします