

平素は、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、当園では、原則として与薬の代行を行っておりませんが、抗痙攣薬のように時間与薬の必要な薬剤、痙攣治療薬、食物アレルギー症状発現時の頓用薬、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致します。

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。

与薬に関する主治医意見書

年 月 日

園兒名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (男 · 女)

主治医意見書有効期限： 年 月 日 ～ 年 月 日 まで
(外用薬については、有効期限を1ヵ月以内とさせていただきます)

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たるため 2、その他（ ）	
病名：	主な症状：
薬品名：	
薬品の効用及び使用目的：	
使用法：	
その他特記事項：	

医療機関名	主治医名	印
-------	------	---

与藥依頼書

年 月 日 () 園児名		組	受け取り者名 ()	与薬者				与薬時間
			受け取り者 チェック欄					時 分
投薬時間	食前 ・ 食間 ・ 食後			確認項目	合否判定基準	合	否	否の内容と対応
薬の内容	水薬・粉薬・塗り薬・眼薬・その他()			園児	薬袋の園児名と相違ないこと			
数				薬名	薬袋の薬名と相違ないこと			
飲み薬の場合 朝の服用時間	時 分			用量	薬袋の用量と相違ないこと			
保管場所	常温 ・ 冷中			用法	薬袋の用法と相違ないこと			
『薬剤情報提供書』の持参			有・無	①処方内容が変わるごとに主治医意見書が必要です。				

- ①処方内容が変わるごとに主治医意見書が必要です。
- ②使用期限による交換を含め毎回薬剤情報提供書が必要です。
- ③薬品と与薬依頼書をジップロックの袋に入れ、袋と薬品には記名をし、必ず手渡しで職員にお渡しください。