

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、GRiP'S保育園では、原則として与薬の代行を行っていませんが、抗痙攣薬のように時間与薬の必要な薬剤、食事関連性の強い薬剤、痙攣治療薬、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することになっています。

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。

..... 切り取り線

与薬に関する主治医意見書

有効期限 年 月 日から
年 月 日まで

園名 GRiP'S 保育園

園児名 _____ 年 月 日生（男・女）

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		おもな症状	
処方内容	(使用薬・1回使用量等)		
投与方法	1. 内服 2. 外用		
注意すべき副作用		その対処法	

注意事項：1. 与薬に当たっては薬の使用状況を正確に記録するとともに、これを保護者に伝達し、必要な場合には直接医師に確認をとるようにしてください。

2. 急変時に投薬した場合や、副作用を生じた場合には、早急に主治医を受診するよう保護者に指示をしてください。

医療機関 _____ 医師 _____
(連絡先) (医師印不要)

(※保護者様 裏面に医薬品情報(写)を添付してください→)

与薬票（保護者記載用）

教室長様

年 月 日

依頼者	保護者名	TEL
園児名	クラス	
主治医	TEL	
病名		
薬	① 依頼する薬は、令和 年 月 日に処方 ② 薬の型（粉薬・シロップ・粒・外用薬・その他） ③ 薬の内容（ ④ 投与時間（食前・食後・その他） ⑤ 外用薬などの使用方法（ ⑥ その他（	

施設記入欄

使用日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
与薬サイン						
使用日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
与薬サイン						