

与薬依頼書(保護者記載用)

平成 年 月 日

保育園長 様

保護者名 _____ (印)

園児名 _____ 男・女(歳 か月)

連絡先(電話) _____

1. 主治医: _____ (_____ 病院・医院) 連絡先(電話): _____						
2. 病 名: _____						
3. 持参したくすり 1) 名 称: _____ 2) 使用目的: _____ 3) 剤 型: _____ (飲み薬) 散 　・ シロップ (外用薬) 塗り薬 ・ 貼り薬 ・ 目薬 ・ 座薬						
4. 保管 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他(_____)						
5. その他注意事項						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						

注) 使用日以下は保育園で記入

主治医殿

日頃、園児の健康管理にご協力賜り有難うございます。

さて、横浜市立保育園では、原則として与薬の代行は行っていないが、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、やむを得ないものに限って与薬することとしています。

つきましては、今般、保護者より与薬依頼書が提出されておりますので先生のご意見を戴きたく以下の意見書に必要事項をご記入願います。

なお、抗菌剤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宜しくお願い申し上げます。

横浜市福祉局

横浜市医師会保育園医部会

----- 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

医療機関名

主治医名 ⑩

1. 病 名:
2. 薬品名:
3. 使用する理由及び使用法 理 由: 使用法:
4. その他: