

与薬依頼書

ビーンズ保育園長

保護者名： _____

クラス名： _____

園児名： _____

医療機関名						
主治医名						
疾患名						
薬品名						
薬の内容 (○をつけてください)	・抗生物質 ・解熱剤 ・咳止め ・下痢止め ・かゆみ止め ・炎症止め ・その他 ()					
薬の種類	・粉 () 袋 ・液(シロップ) () 目盛 ・錠剤 () 錠 ・塗り薬 ・その他 ()					
保管方法 (○をつけてください)	・常温 ・冷蔵庫 ・その他 ()					
時間 (○をつけてください)	≪昼食≫ 前 ・ 間 ・ 後				≪その他の時間≫ ()	
薬剤情報提供 (○をつけてください)	あ り ・ な し					
その他						
使用日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン(入)						
保管サイン(出)						
与薬サイン						
投薬時間	:	:	:	:	:	:
使用日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン(入)						
保管サイン(出)						
与薬サイン						
投薬時間	:	:	:	:	:	:

- ◇ 一回のみにしてください。水薬も一回分を別の容器に入れて持ってきてください。
- ◇ 薬袋(ビン)に必ず名前・与薬する当日の日付を書いてください。
- ◇ 職員に必ず手渡してください。
- ◇ 市販薬の与薬はお断りします。

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、横浜市内の保育園では、原則として与薬の代行を行っていませんが、時間与薬の必要な薬剤、食事関連性の強い薬剤、熱性痙攣の予防薬、食物アレルギーの症状発現時の頓用薬など、医師が必要と認めたものに限って与薬することとしています。

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。

なお、抗生物質を含めて急性疾患に対する与薬は認めておりませんので、ご承知おきください
ますようよろしくお願い申し上げます。

横浜市こども青少年局

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 _____ 印

1. 病名：
2. 薬品名：
3. 使用する目的及び使用法 薬品の効用及び使用目的： 保育園で与薬を要する理由： 使用法：
4. その他特記事項