

与薬依頼書（保護者記載用）

平成 年 月 日

保護者 _____

緊急連絡先 _____

_____ 班 園児名 _____

1. 主治医名： (_____ 病院・医院)
連絡先（電話）

2. 病名・症状

3. 持参した薬

	薬品名	形状	与薬時間	内容
①		散剤・錠剤 1回 剤 シロップ 1回 c c	食前・食後	抗生物質 咳止め 鼻止め 整腸剤 抗アレルギー (その他)
②		散剤・錠剤 1回 剤 シロップ 1回 c c	食前・食後	抗生物質 咳止め 鼻止め 整腸剤 抗アレルギー (その他)
③		散剤・錠剤 1回 剤 シロップ 1回 c c	食前・食後	抗生物質 咳止め 鼻止め 整腸剤 抗アレルギー (その他)
④		散剤・錠剤 1回 剤 シロップ 1回 c c	食前・食後	抗生物質 咳止め 鼻止め 整腸剤 抗アレルギー (その他)
その他	座薬、軟膏など			

4. 使用方法（抗けいれん剤・抗アレルギー剤などを頓用薬として使う場合）

※いつ、何時に、どんなときに、など、具体的に書いてください

5. その他の注意事項

与薬チェックリスト

月/日	受領者	与薬時間	与薬者	保護者サイン	月/日	受領者	与薬時間	与薬者	保護者サイン

※この用紙は「主治医意見書」、「持参薬」とともに保管すること

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、熱性けいれんの予防薬、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

与薬に関する主治医意見書

平成 年 月 日

医療機関名

主治医名

印

下記の保育園児は当院にて加療中ですが、登園の際は保護者の代わりに指示通りの与薬をお願いします。
園児氏名： 病名・症状：

《与薬指示》

1. 薬の処方内容（形状、与薬時間、内容は該当するものに○をつけて下さい）

	薬品名	形状	与薬時間	内容
①		散剤・錠剤 1回 剤 シロップ 1回 c c	食前・食後	抗生物質 咳止め 鼻止め 整腸剤 抗アレルギー（その他）
②		散剤・錠剤 1回 剤 シロップ 1回 c c	食前・食後	抗生物質 咳止め 鼻止め 整腸剤 抗アレルギー（その他）
③		散剤・錠剤 1回 剤 シロップ 1回 c c	食前・食後	抗生物質 咳止め 鼻止め 整腸剤 抗アレルギー（その他）
④		散剤・錠剤 1回 剤 シロップ 1回 c c	食前・食後	抗生物質 咳止め 鼻止め 整腸剤 抗アレルギー（その他）
その他	座薬、軟膏など			

※与薬時間は9：30～16：00まで

※抗生物質の与薬は医師が必要と認めた場合のみ

2. 処方期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日

2. 与薬にあたっての注意事項