

与薬依頼書（保護者記載用）

年 月 日

千丸台保育園

保育園長

保護者 _____
 園児名 _____ (歳 か月)
 緊急連絡先（電話） _____

保育所での対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所内で共有することに同意します。

1	主治医： _____ (_____ 病院・医院) 連絡先（電話）： _____ 住所： _____
2	病名： _____ 主な症状： _____ 保育所生活における注意事項： _____
3	持参した薬 1) 薬品名： _____ 2) 剤型： _____ 飲み薬： 散（粉薬） ・ シロップ ・ 錠 外用薬： 座薬 ・ その他（ _____ ） 3) 使用方法（いつ、何時に、どんなときに、など、具体的に書いてください）
4	保管 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ _____ ）
5	その他の注意事項
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	
投与時間	
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	
投与時間	

注：使用日以下は保育所で記入

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、横浜市内の保育所では、原則として与薬の代行を行っていませんが、次に関しては、与薬に関する主治医意見書（医師による必要性の判断）に基づき、与薬することとしています。

・発熱時のけいれん予防の薬（ダイアアップ坐剤）、食物アレルギーの児が誤食によってアレルギー症状を起こした時に服用する薬（抗ヒスタミン剤）等、状態が変化した時に1回だけ用いる頓用薬
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

----- 切り取り線 -----

与薬に関する主治医意見書

年 月 日

園児名 _____
年 月 日 生

医療機関名 _____
医師名 _____

1 病名：
2 与薬を必要とする理由（該当する内容にチェックしてください） <input type="checkbox"/> 発熱時のけいれん予防のため（ダイアアップ坐剤） <input type="checkbox"/> アレルギー症状を起こした時に服用する必要があるため（抗ヒスタミン剤） <input type="checkbox"/> その他（ ）
3 処方内容（使用薬・1回使用量等※）
4 その他特記事項

※複数の与薬が必要な場合は、①、②と番号を振ったうえで複数の記載が可能