

主治医殿

(医師記入)

日頃、園児の健康管理にご協力いただき、ありがとうございます。
当園では原則として与薬の代行を行っておりませんが、医師が必要と認めるやむをえない場合に限り、必要かつ最小限の与薬について対応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。

HITOWAキッズライフ株式会社

保育園

園長名

連絡先

与薬に関する指示書（定時与薬以外）

年 月 日

園児名

年 月 日 生

医療機関名

所在地

電話番号

主治医名

病名	☐ 熱性けいれん ☐ 食物アレルギー ☐ その他（ ）
薬剤名	
薬剤の効果・効能	
与薬が必要な理由	☐ 発熱時のけいれん予防 ☐ アレルギー症状出現時の緩和 ☐ その他（ ）
与薬を行う判断基準	☐ 発熱時（ ℃以上） ☐ アレルギー症状出現時【発疹・蕁麻疹・咳・腹痛・（ ）】
使用方法	
与薬後の嘔吐・排便 などの際の対応	☐ 再与薬の必要なし ☐ その他（ ）
指示書有効期間 （次回見直し時期）	☐ 1か月 ☐ 3か月 ☐ 6か月 ☐ 12か月 ※ 該当する期間にチェックをお願いします
薬の有効期限	年 月 日（有効期限が切れる前に交換をお願いします）
その他	

HITOWAキッズライフ株式会社