

与薬に関する主治医意見書

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、神戸市の就学前施設では、原則として与薬の代行を行っておりませんが、抗痙攣薬のように時間与薬の必要な薬剤、食事関連性の強い薬剤、痙攣治療薬、皮膚疾患治療薬など、医師が特に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、アレルギーの頓服薬、エピペンの預かりについては、「園におけるアレルギー疾患生活管理指導表」で提出いただきますので、本意見書は必要ありません。

神戸市医師会
 神戸市こども家庭局幼保事業課

----- 切り取り線 -----

与薬に関する主治医意見書

有効期限 令和 年 月 日から
 令和 年 月 日まで

園 名 _____

園児名 _____ 年 月 日生 (男・女)

施設での与薬を必要とする理由			
1. 投薬時間が施設滞在時間にあたるため。 2. その他 ()			
病 名		おもな症状	
処方内容	(使用薬・1回使用量等)		
投与法	1. 内服 2. 外用		
注意すべき副作用		その対処法	

注意事項： 1. 与薬に当っては薬の使用状況を正確に記録するとともに、これを保護者に伝達し、必要な場合には直接医師に確認をとるようにして下さい。
 2. 急変時に与薬した場合や、副作用を生じた場合には、早急に主治医を受診するよう保護者に指示をしてください。

医療機関 _____ 医師 _____
 (連絡先) () (医師印不要)
 (※ 保護者様 裏面に医薬品情報(写)を添付してください →)