資料3

主治医様

オハナ鶴見保育園では、原則として与薬の代行は行っておりませんが、時間与薬の必要な薬剤、食事関連性の強い薬剤、熱性痙攣の予防に使用する薬剤など、やむを得ない場合に限り与薬することとしています。（上気道炎、中耳炎等感冒に対する与薬は認めておりません。）つきましては、主治医の先生のご意見を頂きたく以下の太枠内の意見書にご記入をお願い致します。

社会福祉法人　　葵友会
オハナ鶴見保育園

# 与薬に関する主治医意見書兼与薬依頼書

園児【　　】に対し、病名【　　】と

診断し以下の薬剤を処方します。

| | 処方薬剤名 | 与薬期間 | 与薬方法や注意点等（食前内服、排泄後に塗布等） |
|---|---|---|---|
| ① | | | |
| ② | | | |
| ③ | | | |
| ④ | | | |

平成　　年　　月　　日

医療機関名

医師名　　印

【保護者の方へ】
・保護者の記名、捺印、持参予定日をご記入下さい。印鑑不備の場合は与薬しません。
・与薬依頼書及びお薬は必ず職員に手渡ししてください。（連絡帳ケースに入れたままにしないでください）
・お薬の容器や袋に園児名をフルネームで記入してださい。
・与薬は看護師のいる日中のみ行います。夕食の時間帯は対応しかねますのでご了承ください。

上記についての与薬をオハナ鶴見保育園に依頼します。

**保護者名　　印**

| 持参予定日（保護者記入） | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 使用日 | | | | | | | | |
| 受け取りサイン | | | | | | | | |
| 与薬サイン | | | | | | | | |