主治医及び保護者の方へ

保育園には薬剤を専門に管理する職員がおりません。与薬件数が増えるに伴い、誤与薬の可能性も高まります。通園中にどうしても与薬が必要な薬（食物アレルギーのインタール、溶連菌感染症、中耳炎など）を除き、家庭で対応できる与薬回数・与薬時間のご配慮をいただきたく、ご協力をお願いいたします。この八千代市与薬指示書は、平成22年1月26日の第2回保育園等健康支援検討委員会において討議され、作成しました。

八 千 代 市 与 薬 指 示 書

下記の園児について当院で加療中ですが、登園可能と判断しました。登園の際は、保護者に代わり与薬をお願いします。

＊保育園名：　　保育園　　＊氏名：

＊については保護者が記入して下さい。

病名または症状：

薬の処方内容（該当するものに〇を記入してください）

〇印	形　状	〇印	内　容
	散　剤　（1回　　袋）		抗アレルギー剤
	シロップ（1回　　ｃｃ）		抗けいれん剤
	錠　剤　（1回　　錠）		抗　生　剤
	座　薬　（1回　　個）		気管支拡張剤
	点　耳　薬（　左　・　右　）		咳止め・痰きり
	点　鼻　薬（　左　・　右　）		下痢止め・吐き気止め
	点　眼　薬（　左　・　右　）		その他（　　）
	軟　膏　（　　）	薬使用時の指示	
	その他　（　　）		

【保育園での与薬時間】　食前　・　食後　・　その他（　　）
【今回の処方期間】　月　日　～　月　日まで
【長期の処方（インタール等）】　月　日　～　月　日まで

＊与薬時は複数で必ず薬剤情報書と薬剤を確認すること

＊園生活における注意事項（　　）

平成　年　月　日
医師　住所
電話
氏名　　印