

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○を記入してください)

○印	形 状	○印	内 容
	散 剤 (1回 袋)		抗アレルギー剤
	シロップ (1回 c c)		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