

## 主治医及び保護者の方へ

保育所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。

## 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。

保育所名: ソレイユ ナーサリー 小松川

※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 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 ( )		

【保育所での与薬時間】 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を書と薬剤を確認すること

※保育所生活における  
注意事項

平成 年 月 日

医師 住所  
電話  
氏名

印

預かり者	与薬者	与薬者	与薬者	与薬者	与薬者
	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )