

「与薬に関する主治医の意見書」について

主治医様

平素は園児・児童の健康管理にご協力賜り誠にありがとうございます。

さて、当法人施設では原則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おります。

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。

社会福祉法人玉依会理事長 岸本和馬

認可保育所 なの花保育園／なの花保育園のぎ

放課後児童クラブ 遊学館なの花／遊学館なの花のぎ

放課後等デイサービス さんてらすなの花／ハピリなの花

【医師記入欄】

与薬に関する主治医意見書

令和 年 月 日

児童氏名 _____

医療機関名

医 師 名 _____ (印)

病 名	
処 方 薬 名	
与薬を必要とする理由	1、投薬時間が施設滞在時間にあるため 2、その他 ()
投 与 法	1、内服 2、外用
そ の 他 (注意事項)	

※この意見書は一回に処方される薬の服用期間のみ有効とします。

※同じ病気や症状で再受診され且つ同じ薬を処方された場合に限り、再度の意見書の作成は必要ありません。

確認欄	施設長	受付者

与薬依頼書（保護者様用）

与薬を保育園に依頼する保護者様は、下記の注意事項に同意の上依頼をお願い致します。この「与薬依頼書」及び「与薬に関する医師の意見書」がない場合、施設職員による与薬はできません。

- ① 児童が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
- ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
- ③ 内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと
- ④ お受けする与薬は1日1回分とすること
- ⑤ お受けした与薬を実施したが、より症状が悪化する場合はお迎えをお願いすること
- ⑥ 熱性痙攣に対する抗痙攣剤座薬については使用前に保護者様に連絡をいたしますが、連絡がつかない場合は施設独自の対応となること

施設管理者殿

私（保護者）は、上記注意事項を確認しました。よって次の児童に対する与薬をお願い致します。

令和 年 月 日 児童名 _____

保護者名 _____ 印

医療機関 または医師名	別紙「与薬に関する主治医意見書」のとおり
病名または 症状	別紙「与薬に関する主治医意見書」のとおり
投薬日または 投薬期間	<input type="checkbox"/> 投薬日 令和____年____月____日 <input type="checkbox"/> 投薬期間 令和____年____月____日 ~ 令和____年____月____日
薬名	名称： _____ 、 _____ 剤型：【飲み薬】 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> その他（ ） 【外用薬】 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> 目薬 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> その他（ ）
与薬の時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> __時__分頃 <input type="checkbox"/> 症状が現れたら <input type="checkbox"/> その他（ ）
与薬方法	<input type="checkbox"/> そのまま服用 <input type="checkbox"/> 患部に直接塗るまたは貼る <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 挿入

【以下施設記入欄】

与薬日	／	／	／	／	／	／
与薬時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
与薬職員						
立会職員						

受付者
施設長