

かかりつけ医様

日頃、園児の健康管理にご協力賜りありがとうございます。

さて、高砂市の保育園・こども園では、原則として与薬の代行は行っていませんが、時間与薬の必要な薬剤(循環器系・神経系等)や食事関連性の強い薬剤など、やむを得ないものに限って与薬することとしています。

つきましては、今般、保護者より与薬依頼書(薬預かり票)が提出されておりますので、先生のご意見を戴きたく以下の意見書に必要事項を記入お願い致します。

なお、抗菌剤を含めて感冒に対する与薬は認めておりません。

園での昼食後の服薬がないよう、1日2回(朝・夕)や1日3回(朝・夕・寝る前)の服薬指導に、ご配慮の程宜しくお願い申し上げます。

高砂市子育て支援室
高砂市医師会

与薬に関する主治医意見書

令和 年 月 日

園児名 _____
平成・令和 年 月 日生

医療機関名
主治医名

1・病名
2・薬品名
3・使用する理由
4・その他