

主治医 様

日頃より、児童の健康管理にご協力を賜り誠にありがとうございます。

町内保育所（園）には薬剤を専門に管理する職員がいないため、原則として与薬は行っておりませんが、時間与薬の必要な薬剤、食事関連性の強い薬剤、熱性痙攣の予防薬など、医師が必要と認めたものに限って与薬することとしています。

つきましては、先生のご意見をいただきたく、以下の意見書にご記入をお願いします。

なお、抗菌剤（一部の疾患を除く）を含めて感冒に対する与薬は認めておりませんので、ご承知おきくださいますようお願い申し上げます。

太子町社会福祉課

----- ✂切り取り線 -----

A 与薬に関する主治医意見書

平成 年 月 日

児童名 _____

平成 年 月 日 生

医療機関名

主治医名 _____ 印

1. 病名：

2. くすり

① 名称：

② 剤型：

3. 処方日（期間）： 平成 年 月 日 （ 日分）

4. 保管方法： 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）

5. 主治医コメント

6. その他