

## 与薬に関する主治医意見書

主治医 殿

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、神戸市の就学前施設では、原則として与薬の代行を行っていませんが、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になっています。

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必要事項をご記入願います。

なお、アレルギーの頓服薬、エピペンの預かりについては、「園におけるアレルギー疾患生活管理指導表」で提出いただきますので、本意見書は必要ありません。

神戸市医師会  
神戸市こども家庭局幼保事業課

----- 切り取り線 -----

## 与薬に関する主治医意見書

園 名 \_\_\_\_\_ 作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
有効期限 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
園児名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生（男・女）

|                                 |                              |       |  |
|---------------------------------|------------------------------|-------|--|
| 施設での与薬を必要とする理由                  |                              |       |  |
| 1. 投薬時間が施設滞在時間にあたるため。 2. その他（ ） |                              |       |  |
| 病 名                             |                              | おもな症状 |  |
| 処方内容                            | (使用薬・1回使用量等)                 |       |  |
| 投与法                             | 1. 内服 2. 外用（点鼻・点眼・塗布・座薬・その他） |       |  |
| 注意すべき副作用                        |                              | その対処法 |  |

注意事項： 1. 与薬に当っては薬の使用状況を正確に記録するとともに、これを保護者に伝達し、必要な場合には直接医師に確認をとるようにして下さい。  
2. 急変時に与薬した場合や、副作用を生じた場合には、早急に主治医を受診するよう保護者に指示をしてください。

医療機関 \_\_\_\_\_ 医師 \_\_\_\_\_  
(連絡先) (医師印不要)

( ※ 保護者様 裏面に医薬品情報(写)を添付してください → )

※ 保護者様 ※

下記に与薬する薬についての医薬品情報（写）を添付してください。

保護者のみなさまへ

## 薬の扱いについて

保育所等では、原則として薬を預かり投与することはしていません。しかし止むを得ない場合があるときは、保護者に代わり保育所等でも薬を服用させたり、外用薬を塗布することがあります。この場合は保護者からの、与薬の依頼を受けて薬を与えることにしています。薬を預かる場合は、安全のため「主治医意見書」「与薬依頼票」の提出をしていただきます。

### 薬を預けるとき

1. 預かる薬は、お子さまを診察した医師が処方し調剤したものに限りです。
2. 持参する薬には「主治医意見書」「与薬依頼票」を添付してください。
3. 預ける薬は1回ずつに分けて、当日分のみを職員に手渡してください。
4. 薬の容器や袋に、お子さまの名前を書いてください。
5. 「主治医意見書」の様式、「与薬依頼票」は、施設にあります。与薬が必要な方は、職員にお伝えください。

### 与薬依頼票（保護者記載用）

|      |                                                                                                             |     |   |   |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|
| 施設長様 |                                                                                                             | 年   | 月 | 日 |
| 依頼者  | 保護者名                                                                                                        | TEL |   |   |
| 児童名  | くみ (氏名)                                                                                                     |     |   |   |
| 主治医  | TEL                                                                                                         |     |   |   |
| 病名   |                                                                                                             |     |   |   |
| 薬    | ① 依頼する薬は 年 月 日に処方<br>② 薬の型 粉薬・シロップ・粒・外用薬・その他<br>③ 薬の内容 ( )<br>④ 投与時間 食前・食後・その他<br>⑤ 外用薬などの使用方法 ( )<br>⑥ その他 |     |   |   |

(施設記入欄)

|       |   |   |   |   |   |   |
|-------|---|---|---|---|---|---|
| 使用日   | / | / | / | / | / | / |
| 受領サイン |   |   |   |   |   |   |
| 与薬サイン |   |   |   |   |   |   |
| 使用日   | / | / | / | / | / | / |
| 受領サイン |   |   |   |   |   |   |
| 与薬サイン |   |   |   |   |   |   |