

主治医殿

日頃より、園児の健康管理にご協力を賜わり誠に有難うございます。

さて、玉櫛たちばなこども園では、原則として与薬の代行をおこなっていませんが、時間与薬の必要な薬剤など、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必要事項をご記入願います。

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。

玉櫛たちばなこども園

A 与薬に関する主治医意見書

令和 年 月 日

園児名： 男・女

生年月日： 年 月 日

医療機関名：

主治医名： ⑩

| |
|-----------------------------|
| 1、病名： |
| 2、薬剤名： |
| 3、処方日： 年 月 日 |
| 4、使用時間： 昼食後 ・ おやつ後 ・ その他（ ） |
| 5、主治医コメント： |