主治医及び保護者の方へ

　保育園には薬剤を専門に管理する職員がおりません。与薬件数が増えるに伴い，誤与薬の可能性も高まります。通園中にどうしても与薬が必要な薬を除き，家庭で対応できる与薬回数・与薬時間のご配慮をいただきたく，ご協力をお願いいたします。この八千代市与薬指示書は，平成22年1月26日の第2回保育園等健康支援検討委員会において討議・作成されました。

**八千代市与薬指示書（改定案）**

下記の園児について当院で加療中ですが，登園可能と判断しました。登園の際は，保護者に代わり与薬をお願いします。

※保育園名：　　　　　　　保育園　※氏名：　　　　　　　　　 　（※は保護者記入）

病名または症状：

薬の処方内容・指示（該当するものに○等をご記入ください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ○印 | **形状** | **指示内容** |
|  | 散剤（１回　　　　包） | **≪抗けいれん剤坐薬の指示≫**① 　　　　　℃以上の発熱で　　　㎎を　　　個挿入② その他指示（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 水　 薬（１回　　　　㏄） |
|  | 点眼薬（ 左 ・ 右 ） |
|  | 坐薬 | **≪軟膏の指示≫** |
|  | その他（　　　　　　　） | ① 塗布する部位 | ② 塗布する時間・乾燥がひどい時・水遊びやシャワーの後・その他（　　　　　　　　　）③ 塗布期間・（　　）か月間・冬場のみ・その他（　　　　　　　　　）　　　　 |
|  | **内容** |
|  | 抗アレルギー剤 |
|  | 抗けいれん剤 |
|  | 抗生剤 |
|  | 整腸剤 |
|  | その他（　　　　　　 ） |
| **≪その他指示や園生活における注意事項等≫** |

【保育園での与薬時間】　食前　・　食後　・　その他（　　　　　　　）

【今回の処方期間】　　年　　月　　日～　　年　　月　　日まで

【長期の処方（ダイアップ等）】　　年　　月　　日～　　年　　月　　日まで

（※長期処方の場合、年度切り替え）

年　　月　　日

医療機関名：

医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

令和６年〇月改訂