

園長 宛

医療機関名

所在地

電話

主治医氏名

印

特例与薬実施に関する主治医意見書

千里山くじら保育園における下記児童の特例与薬実施に関し、次のとおり意見します。

対象児童	ふりがな			年 月 日生 (歳)
	氏 名			性別 男 ・ 女
指示薬の種類 病名等	<input type="checkbox"/> けいれん予防のための抗けいれん剤 [○熱性けいれん ○] <input type="checkbox"/> 慢性疾患の定期薬及び外用薬 [疾患名:] <input type="checkbox"/> 食物アレルギーによるショック症状予防 [○食前 ○誤食時 ○] <input type="checkbox"/> 抗生物質 [○中耳炎 ○溶連菌感染症 ○とびひ ○外傷 ○]			
投与期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
薬品名 処方内容	【薬品名】	【1日量】	【与薬時間】 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 () ※分3投与時は、園では1回の投与のみ	
薬品情報	種類		保存方法	軟膏剤の塗布部位
	<input type="checkbox"/> 細粒 袋 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 軟膏剤(ステロイド: 有・無) <input type="checkbox"/> 坐薬 mg / 回 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> その他 ()	
注意事項等				