

主治医の先生へ

児童青年部保育課

薬剤情報書について（依頼）

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

また、日頃より保育園児の健康管理につきまして、ご理解・ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、西東京市保育園では原則として与薬を行わないことになっていますが、慢性疾患など園児が薬なしでは健康的な日常生活を過ごせない場合に限り、医師の「薬剤情報書」に従い、適切に対応したいと考えています。

つきましては、保育時間内に与薬が必要な場合は、別紙「薬剤情報書」に園児の症状等についてご記載下さるようお願い申し上げます。

なお、保育園で与薬が可能と思われる薬は次の通りです。

- 1 慢性疾患（心臓病・腎臓病など）の治療薬
- 2 熱性けいれん・てんかん等のけいれん予防薬
- 3 抗アレルギー薬・喘息薬（吸入器を除く）
- 4 アトピー性皮膚炎・湿疹などの軟膏（軟膏類の指示書は不要）

上記以外のものについては、保育園へ問い合わせ願います。

又どうしても保育時間内に服用が必要な薬以外は、1日1~2（朝・夕）の服用の薬剤を処方して下さるようお願いいたします。

◎ 水剤は、保存上の問題及び量の調整が困難ですので、できるだけ他の剤型で処方して下さるようお願い致します。

今後とも、ご指導・ご協力のほどお願い申し上げます。

与薬依頼書

西東京市 私立きたしば保育園長殿

保護者に代わり保育園での与薬をお願い致します。

平成 年 日

園児名 (平成 年 月 日生)

保護者名 (印)

(主治医記載用)

薬剤情報書

上記園児の薬剤情報は、以下のとおりです。

病名	熱性痙攣 その他の痙攣性疾患 (病名) 気管支喘息 アレルギー性疾患 (病名) その他の慢性疾患 (病名)
薬作用	抗痙攣剤 気管支拡張剤 抗アレルギー剤 強心剤 抗不整脈剤 利尿剤 その他の作用 ()
薬名	
種類と量	散剤 1回 () 包 水薬 1回 () 目盛 錠剤 1回 () 錠 座薬 1回 (本・ mg)
与薬期間	昼食前 昼食後 その他の時間 ()
指示期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで (最長6ヶ月)
特記事項	
平成 年 月 日	
医療機関名	TEL () -
医師名	(印)