

主治医殿

日頃、園児の健康管理にご協力賜り有難うございます。
食事関連性の強い薬剤、熱性痙攣の予防薬、食物アレルギーの症状発現時の頓用薬など、
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。

星虹保育園 園長

切り取り線

与薬に関する主治医意見書

年 月 日

園児名 _____ 男・女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 医療機関名 _____

主治医名 _____ 印

<p>1.病名:</p>
<p>2.薬品名:</p>
<p>3.使用する目的及び使用法</p> <p>薬品の効用及び使用目的:</p> <p>保育園で与薬を要する理由:</p> <p>使用方法:</p>
<p>4.その他特記事項</p>