様式第１-１号保育所等

令和　　年　　月　　日

園長　宛

医療機関名
所　在　地
電　　話
主治医氏名

# 特例与薬実施に関する主治医意見書

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<br>氏　名 | | 年　月　日生（　歳） | |
| | | | 性別 | |
| 指示薬の種類<br>病名等 | □ 抗けいれん剤<br>［○熱性けいれん　○　］<br>□　慢性疾患の定期薬及び外用薬<br>［疾患名：　］<br>□ 食物アレルギーによるショック症状予防<br>［○食前　○誤食時　○　］<br>□　抗生物質<br>［○中耳炎　○溶連菌感染症　○とびひ　○外傷　○　］ | | | |
| 投与期間 | 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 | | | |
| 薬品名<br>処方内容 | 【薬品名】　【１日量】　【与薬時間】<br>□食前　□食後<br>□その他（　）<br>※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 | |
| | □細粒　袋<br>□シロップ<br>□軟膏剤（ステロイド：有・無）<br>□坐薬　mg / 回<br>□その他（　） | □室内<br>□冷蔵<br>□その他（　） | | |
| 注意事項等 | | | | |