

主治医 様

日頃、園児の健康管理にご協力賜りありがとうございます。

さて、千年幼稚園では、原則として投薬の代行を行っていません（保護者の方には朝・夜の2回処方をお願いしております）が、時間投薬の必要な薬剤、食事関連性が強い薬剤、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、医師が認めたものに限って投薬することとしています。

つきましては、在園時間中に投薬を要する理由を以下の意見書にご記入いただきますよう、宜しくお願い申し上げます。

学校法人かごしま永吉学園
幼保連携型認定こども園
千 年 幼 稚 園

..... き り と り

投薬に関する主治医意見書

令和 年 月 日

園児名 _____ 男・女 _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

医療機関名： _____

主治医名： _____ 印

1、病名：
2、薬品名：
3、使用する目的及び方法 薬品の効能及び使用目的： 園で投薬を要する理由： 使用方法： 服用期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日
4、その他の特記事項