

## 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。

さて、西久保保育園では、時間与薬の必要な薬剤、食事関連性の強い薬剤、熱性痙攣の予防に使用する薬剤などについては主治医の意見書により与薬することとしています。

つきましては、今般、保護者より与薬依頼されておりますので先生のご意見を戴きたく以下の意見書に必要事項をご記入願います。

社会福祉法人 武蔵野緑会  
西久保保育園

社会福祉法人 武蔵野緑会 西久保保育園 〒180-0013 東京都武蔵野市西久保 2-18-6 Phone 0422-51-5307 Facsimile0422-51-5340

----- 切り取り線 -----

## 与薬に関する主治医意見書

西久保保育園宛

平成 年 月 日

園児名 \_\_\_\_\_ (男・女)

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

1. 病名：

2. 薬品名：

3. 使用する理由及び使用法

理由：

使用法：

4. その他（注意点など）：

※本意見書の内容については、6ヵ月後に再評価が必要です。

医療機関名

主治医名 \_\_\_\_\_ 印