

# 与薬に関する主治医許可書

## 主治医殿

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、横浜市内の保育園・幼稚園では、原則として緊急性のない薬剤の予約の代行を行っていませんが、保護者からの依頼および保育園・幼稚園側からの予薬の同意のもと、施設において下記薬剤の与薬を希望しております。

つきましては、下記薬剤の与薬の許可および使用方法・与薬の期間について医師の意見をいただきたく、「予薬に関する主治医許可書」への必要事項のご記入をお願いします。

令和 年 月 日

与薬を希望する薬剤名 : \_\_\_\_\_

通園施設名 \_\_\_\_\_

保育士名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

園児名 \_\_\_\_\_ (男・女)

保護者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

医療機関名 医療法人社団 陽命会  
きくな小児科皮膚科クリニック

主治医名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

1. 病名 :
2. 薬品名 :
3. 使用する目的及び使用方法 薬品の効用及び使用の目的 :  保育園で与薬を要する目的 :  予薬の期間 : 月 日 ~ 月 日 または (ヶ月・日)間  使用 方 法 :
4. その他の特記事項