

主治医様

日頃、藤沢市内の乳幼児における健康管理にご協力いただき、誠にありがとうございます。
 さて、藤沢市内の保育所、幼稚園等では、原則として与薬の代行を行っていませんが、下記条件にあてはまり、医師が必要と認めるやむをえない場合に限り、必要かつ最小限の与薬について、各施設で対応の相談に応じています。

- (1) 感染症の場合は他者にうつす危険性がない状態であること。
 (2) 集団生活(食事、活動、排泄等)に個別配慮が必要ではないこと。
 (3) 現在の病気に対して医師から処方された薬であること。
 ※解熱剤、下痢止め、吐き気止め、点耳、点眼、点鼻については、原則対応不可とする。
 (4) 保育時間内での与薬が薬効上必要な場合
 ※朝と夕の分2処方や分3処方でも朝、帰宅後、寝る前の服薬が可能ではないか、必ず確認すること。

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な事項のご記入をお願いします。
 なお、急性期に対する与薬は認めておりませんので、ご承知おきくださいますようお願い申し上げます。

藤沢市医師会
 藤沢市役所
 (事務担当 子ども青少年部保育課)

与薬に関する主治医指示書

年 月 日

氏名 (男・女)
 生年月日 年 月 日

医療機関名
 住所
 電話番号
 主治医名 印

病名	1. 溶れん菌感染症 2.		
施設において、与薬が必要な薬について			
薬品名	薬の形状	与薬時間	
【 () 】	散剤・シロップ・その他()	食前・食後・その他	
【 () 】	散剤・シロップ・その他()	食前・食後・その他	
【 () 】	散剤・シロップ・その他()	食前・食後・その他	
必要な時間	年 月 日 から 年 月 日 間		
その他 注意事項			

※長期間の与薬となる場合は、新年度に改めて、提出をお願いいたします。