

平成29年6月

保護者各位

白川台幼稚園
園長 長尾 保

園における与薬の取り扱いについて

(与薬依頼票・与薬に関する主治医意見書 提出のお願い)

保護者の皆様におかれましては、幼稚園運営にご理解ご協力いただき、厚く御礼申し上げます。

このたび(平成29年4月より)、神戸市内の与薬に対応する就学前施設では、薬の預かりについて、対応を統一することとなりました。

園に登園する子どもたちは、本来、集団生活に支障がない健康状態にあり、通常では園で薬を扱うことはありません。ただし、医師の指示により、やむをえない場合については、保護者が記入された「与薬依頼票」とともに医師の記入した「与薬に関する主治医意見書」を提出していただくことになりました。あわせて「与薬に関する主治医意見書」の裏面には、与薬する薬の医薬品情報(写)を添付してください。

「与薬依頼票」と「与薬に関する主治医意見書」の様式につきましては、常時、園に設置しております。また、「与薬に関する主治医意見書」につきましては、神戸市のホームページにも様式を掲載しておりますのでご活用いただき、必要と思われる際は、医療機関にご持参いただくようお願いいたします。

子ども達が集団の中で、健康、安全に安心して過ごせるよう、ご理解ご協力いただきますようお願い申し上げます。

与薬に関する主治医意見書

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、神戸市の就学前施設では、原則として与薬の代行を行っておりませんが、抗痙攣薬のように時間与薬の必要な薬剤、食事関連性の強い薬剤、痙攣治療薬、食物アレルギー症状発現時の頓用薬、皮膚疾患治療薬など、医師が特に必要と認めたものに限って与薬することとしています。

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事項をご記入願います。

神戸市医師会
 神戸市こども家庭局子育て支援部事業課

----- 切り取り線 -----

与薬に関する主治医意見書

有効期限 平成 年 月 日から
 平成 年 月 日まで

園 名 _____

園児名 _____ 平成 年 月 日生 (男・女)

施設での与薬を必要とする理由			
1. 投薬時間が施設滞在時間にあたるため。 2. その他 ()			
病 名		おもな症状	
処方内容	(使用薬・1回使用量等)		
投与方法	1. 内服 2. 外用		
注意すべき副作用		その 対処法	

注意事項： 1. 与薬に当っては薬の使用状況を正確に記録するとともに、これを保護者に伝達し、必要な場合には直接医師に確認をとるようにして下さい。
 2. 急変時に与薬した場合や、副作用を生じた場合には、早急に主治医を受診するよう保護者に指示をしてください。

医療機関 _____ 医師 _____
 (連絡先) (医師印不要)

(※ 保護者様 裏面に医薬品情報(写)を添付してください →)

※ 保護者様 ※

下記に与薬する薬についての医薬品情報（写）を添付してください。

【与薬依頼書】

平成 年 月 日 () 記

依頼者	保護者 (記入者) 氏名	
	クラス	園児氏名
	緊急連絡先 ()	()
主治医	病院・医院	
	電話番号 ()	()
病名又は症状		
(該当するものに○、または明記して下さい)		
①持参した薬は	月 日	日に処方された 日分のうちの本日分
②保管は	室温・冷蔵庫・その他 ()	
③薬の剤型	粉状・錠剤・液体・外用薬・その他 ()	
④薬の名前	()	合計 包・錠・その他 ()
⑤与薬時間	食前・食後・その他	時 分
⑥外用薬などの使用法		
⑦その他の注意・連絡事項		
投与者サイン	投与時刻	午前・午後 時 分
備考		

【与薬依頼書】

平成 年 月 日 () 記

依頼者	保護者 (記入者) 氏名	
	クラス	園児氏名
	緊急連絡先 ()	()
主治医	病院・医院	
	電話番号 ()	()
病名又は症状		
(該当するものに○、または明記して下さい)		
①持参した薬は	月 日	日に処方された 日分のうちの本日分
②保管は	室温・冷蔵庫・その他 ()	
③薬の剤型	粉状・錠剤・液体・外用薬・その他 ()	
④薬の名前	()	合計 包・錠・その他 ()
⑤与薬時間	食前・食後・その他	時 分
⑥外用薬などの使用法		
⑦その他の注意・連絡事項		
投与者サイン	投与時刻	午前・午後 時 分
備考		

園におけるアレルギー疾患生活管理指導表(食物アレルギー・アナフィラキシー)

◎ 食物アレルギー・アナフィラキシーがある場合は、必ず作成してください。

名前	男 女	H 年 月 日生	歳 ヶ月	組	
食物アレルギー(あり・なし) アナフィラキシー既往(あり・なし)					
病型・治療			園での生活上の留意点		
A. 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載) 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型食物アレルギー 3. その他(乳児消化管アレルギー・口腔アレルギー症候群 食物依存性運動誘発アナフィラキシー その他:)			A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 食物・食材・容器を扱う活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定		
B. アナフィラキシー病型(アナフィラキシー既往有の場合のみ記載) 1. 食物(原因:) 2. その他(医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー ラテックスアレルギー・昆虫・動物のフケや毛)			C. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は()内に記入 ミルフィー・ニューMA-1・MA-mi ペプディエット・エレメンタルフォーミュラ その他()		
該当する全ての番号に○を記入ください(除去根拠番号) 1 明らかな症状の既往 2 食物負荷試験結果 3 IgE抗体等検査結果 4 未摂取					
C. 除去食物 該当する食品に○をし 除去根拠欄の該当番号にも○を記入		D. 摂取不可のものに ○を記入		除去根拠欄 年月日 医師名	園側 使用欄 (解除の状況 等)
1 鶏卵		注意喚起表示	1 2 3 4	1 2 3 4	
2 牛乳・乳製品	乳糖	注意喚起表示	1 2 3 4	1 2 3 4	
3 小麦	麦茶	注意喚起表示	1 2 3 4	1 2 3 4	
4 ソバ		注意喚起表示	1 2 3 4	1 2 3 4	
5 ビーナッツ		注意喚起表示	1 2 3 4	1 2 3 4	
6 大豆	大豆油		1 2 3 4	1 2 3 4	
7 ゴマ	ゴマ油		1 2 3 4	1 2 3 4	
8 (種実類) クルミ・アーモンド・			1 2 3 4	1 2 3 4	
9 (甲殻類) エビ・カニ		注意喚起表示	1 2 3 4	1 2 3 4	
10 (軟体類・貝類) イカ・貝柱・タコ			1 2 3 4	1 2 3 4	
11 (魚卵) タラコ・			1 2 3 4	1 2 3 4	
12 (魚類) サケ・サワラ・サバ・タイ・ブリ	かつおだし いりこだし		1 2 3 4	1 2 3 4	
13 (肉類) 鶏肉・牛肉・豚肉	エキス		1 2 3 4	1 2 3 4	
14 (果物類) キウイ・バナナ・りんご・メロン			1 2 3 4	1 2 3 4	
15 味噌・醤油・酢			1 2 3 4	1 2 3 4	
16 その他()			1 2 3 4	1 2 3 4	
D. 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射「エピペン®0.15mg」【体重 _____ kg】 3. その他()			E. その他の配慮・管理事項(自由記載)		
医師名			医療機関名		

(園側受理日) 1回目 平成 年 月 日 2回目 平成 年 月 日 【2回目は、年度内に新たに除去食物が追加される場合のみ記入してもらうこと】

園におけるアレルギー疾患生活管理指導表(アレルギー性鼻炎・結膜炎)

◎ この生活管理指導表は園での生活において特別な配慮や管理が必要になった場合に限り作成してください。

名前	男 女	H 年 月 日生	歳 ヶ月	組
----	--------	----------	------	---

アレルギー性鼻炎(あり・なし)

病型・治療	園での生活上の留意点
A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎 主な症状の時期: 春・夏・秋・冬	A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. その他の配慮・管理事項(自由記載)
B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他	
記載日 年 月 日	医療機関名
医師名	

アレルギー性結膜炎(あり・なし)

病型・治療	園での生活上の留意点
A. 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他()	A. プール指導 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可 B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. その他の配慮・管理事項(自由記載)
B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他()	
記載日 年 月 日	医療機関名
医師名	

園側受理日 平成 年 月 日

園におけるアレルギー疾患生活管理指導表(気管支喘息・アトピー性皮膚炎)

◎ この生活管理指導表は園での生活において特別な配慮や管理が必要になった場合に限り作成してください。

名前	男 女	H 年 月 日生	歳 ヶ月	組
----	--------	----------	------	---

気管支喘息(あり ・ なし)	
病型・治療	園での生活上の留意点
A. 重症度分類 (治療内容を考慮した) 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型	C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 3. その他
B. 長期管理薬 1. ステロイド吸入薬 剤形: 投与量(日): 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSCG(インターール)吸入薬 4. ベータ刺激薬 内服 貼付薬 5. その他 ()	D. 急性発作時の対応 (自由記載)
A. 寝具に関する留意点 1. とくになし(通常管理のみ) 2. 防ダニシーツ等の使用 3. 保護者と相談	
B. 食物に関する留意点 1. とくになし 2. 食物アレルギー管理指導表参照	
C. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物への反応が強いため不可 動物名()	
D. 外遊び、運動に対する配慮 1. とくになし 2. 保護者と相談し決定	
記載日 年 月 日	医療機関名
医師名	

アトピー性皮膚炎(あり ・ なし)	
病型・治療	園での生活上の留意点
A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班) 1. 軽症:面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症:強い炎症を伴う皮湿疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 ※軽度の皮疹:軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 ※強い炎症を伴う皮疹:紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変	A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定
B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロムリス軟膏 (「プロトピック」) 3. 保湿剤 4. その他 ()	B. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名()
B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他()	C. 発汗後 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 夏季シャワー浴 (施設で可能な場合)
C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	
記載日 年 月 日	医療機関名
医師名	