

与薬依頼書(保護者記入用)

お子さまへの与薬は、原則として保育園では一切行うことができません。

しかし病気の早期完治のため在園時間内に与薬が必要であり、保護者の方が園に出向けない場合に限り、保育園の担当者が代行します。つきましては、与薬による事故を防止するため、以下の内容を間違いのないよう記入していただき、必ず登園時に職員のチェックを受けて下さい。

また次回受診の際、保育園に通っていることを伝え、薬はできれば朝、夕の2回投与で調整できるか医師と相談して下さい。また、3回投与が必要な時には、朝、帰宅後、寝る前の3回投与にするなどの方法がとれないか相談して下さい。

間違いのないように職員が以下の項目をチェックしますので、一緒に立ち会って確認をしていただき、確認後サインをお願いします。職員のチェックとサインがない場合は、お預かりしたお薬でも与薬はできません。

- 薬は1回分のみのお預かりです。一つ一つの袋に名前をフルネームで記入し、病院・薬局で渡され薬袋にまとめてお持ち下さい。シロップの場合は、1回量を容器に入れてお持ち下さい。
- 薬剤情報提供書かお薬手帳がある場合は必ずお持ち下さい。
- 市販薬・解熱剤・下痢止めはお預かりできません。
- 薬と与薬依頼書は、必ず**保護者が職員へ手渡し**して下さい。
- 目薬、塗薬、貼薬は、時間・回数・部位の正確な指示が必要となりますので、この用紙の他に医師が記入した与薬指示書も必要です。
- 喘息・アレルギーなど長期間与薬が必要な薬は、医師の記入した与薬指示書を提出して下さい。

令和 年 月 日

| | | |
|--|--|------|
| クラス: | 園児氏名: | 診断名: |
| 保護者氏名: | 緊急連絡先 | |
| 病院名: | 薬局名: | |
| TEL: | 処方日: 令和 年 月 日 | |
| 薬の種類(数量を記載) <input type="checkbox"/> 粉 袋 <input type="checkbox"/> 錠剤 錠 <input type="checkbox"/> シロップ 本 <input type="checkbox"/> 目薬 本 <input type="checkbox"/> 軟膏 本 <input type="checkbox"/> 貼り薬 枚 <input type="checkbox"/> その他() ※目薬・軟膏・貼り薬等は医師の指示書も必要です | 朝(自宅)の内服時間: 時 分 園での内服時間 : <input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 午睡前 <input type="checkbox"/> 午睡後 <input type="checkbox"/> その他() | |
| 薬の内容 <input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 整腸剤 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 去痰 <input type="checkbox"/> 消炎剤 | | |
| 以上の項目を職員・保護者でダブルチェックし、サインを記入して下さい。 月 日() 時 分【職員氏名: 】/【保護者氏名: 】 | | |

| | |
|-----------|---------|
| 与薬時間: 時 分 | 与薬者サイン: |
|-----------|---------|