

## 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(解熱鎮痛剤に関して、鎮痛剤として内服する場合はご相談下さい)。

薬と与薬依頼書は、必ず保護者の方が職員へ手渡ししていただき、下記の欄にサインの記入をお願いします。

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:	