

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。

また、受診の際に保育園へ通っている事を伝えていただき、薬はできれば朝・夕の2回か、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、担当医師に必ず相談してください。

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、必ず登園時に職員に手渡ししてください。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。

↓※職員は必ず以下の項目を確認して☑を入れてください↓

- 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、袋にまとめてお持ちください。シロップの場合は、1回量を容器に入れてお持ちください。
- 薬剤情報提供書かお薬手帳がある場合は必ずお持ちください。
- 今まで内服した(使用した)事がない薬・市販薬・解熱剤・下痢止め・点鼻薬・点耳薬はお預かりできません。(鎮痛剤の内服についてはご相談ください。)
- 目薬、塗薬、貼薬は、時間・回数・部位の正確な指示も記入してください。
- 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ください。

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	内服終了日: 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()	朝(自宅)の投薬時間: 時 分	園での投薬時間 : <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	※目薬、塗薬、貼薬の方 部位: 回数:	
以上の項目を職員・保護者でダブルチェック後、サインを記入してください。		
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(ダブルチェック)	職員氏名: []