

保護者の皆さまへ

認定こども園 みのり保育園
園長 菅 真美子

間違った服用を避けるため、下記のとおりご協力をお願いします。

1. お子さんのくすりは、本来は保護者が登園して与えていただくのですが、緊急やむを得ない理由で保護者が登園できないときは、保護者と園側で話し合いのうえ、保育園の担当者が保護者に代わって与えます。この場合は万全を期するため「与薬依頼票」に必要事項を記載していただき、くすりに添付して保育園に手渡ししていただきます。
2. 薬はお子さんを診察した医師が処方し調剤したもの、あるいはその医師の処方によって薬局で調剤したものに限りです。
3. 保護者の個人的な判断で持参したくすりは、保育園としては対応できません。
4. 座薬の使用は原則として行いません。やむを得ず使用する場合は医師からの具体的な指示書を添付してください。なお使用にあたっては、その都度保護者にご連絡しますのでご了承下さい。
5. 初めて使用する座薬については対応できません。
6. 「熱が出たら飲ませる」「咳がでたら…」「発作が起こったら…」というように症状を判断して与えなければならない場合は、保育園としてはその判断ができませんので、その都度保護者にご連絡することになりますのでご了承下さい。
7. 慢性の病気（気管支喘息、てんかん、糖尿病、アトピー性皮膚炎などのように経過が長引くような病気）の、日常における投薬や処置については、子どもの主治医または委託医の指示書に従うとともに、相互の連携が必要です。
8. 持参するくすりについて
 - ★医師が処方したくすりには必ず「与薬依頼票」を添付して下さい。
なお「薬剤情報提供書」がある場合には、それも添付して下さい。
 - ★使用するくすりは一回ずつに分けて、当日分のみご用意下さい。
 - ★袋や容器にお子さんの名前を記載して下さい。

与薬依頼票

太枠内を記入し、1回分の薬と「与薬依頼票」を柄なしチャック付ビニール袋（中身を確認しやすいもの）に入れ、職員に手渡ししてください。

20 年 月 日()

クラス・児童名	組	
病名・症状		医師の確認
受診機関名		月 日
医師名		保育時間中の 与薬の必要性
1回分ですか	はい・いいえ	
服用時間	食前 食間 食後 その他 (時頃)	
薬の種類 薬・チャック付 ビニール袋に記名	液薬 粉薬 その他 ()	
受領者サイン	依頼票と薬の記名確認 <input type="checkbox"/>	
与薬者サイン	依頼票と薬の記名確認 <input type="checkbox"/>	
与薬時間	午前・午後 時 分 きりとせせん	
児 童 名		
受領者サイン		
与薬者サイン		
与薬時間	20 年 月 日 午前・午後 時 分	

与薬依頼票

太枠内を記入し、1回分の薬と「与薬依頼票」を柄なしチャック付ビニール袋（中身を確認しやすいもの）に入れ、職員に手渡ししてください。

20 年 月 日()

クラス・児童名	組	
病名・症状		医師の確認
受診機関名		月 日
医師名		保育時間中の 与薬の必要性
1回分ですか	はい・いいえ	
服用時間	食前 食間 食後 その他 (時頃)	
薬の種類 薬・チャック付 ビニール袋に記名	液薬 粉薬 その他 ()	
受領者サイン	依頼票と薬の記名確認 <input type="checkbox"/>	
与薬者サイン	依頼票と薬の記名確認 <input type="checkbox"/>	
与薬時間	午前・午後 時 分 きりとせせん	
児 童 名		
受領者サイン		
与薬者サイン		
与薬時間	20 年 月 日 午前・午後 時 分	

与薬依頼票

太枠内を記入し、1回分の薬と「与薬依頼票」を柄なしチャック付ビニール袋（中身を確認しやすいもの）に入れ、職員に手渡ししてください。

20 年 月 日()

クラス・児童名	組	
病名・症状		医師の確認
受診機関名		月 日
医師名		保育時間中の 与薬の必要性
1回分ですか	はい・いいえ	
服用時間	食前 食間 食後 その他 (時頃)	
薬の種類 薬・チャック付 ビニール袋に記名	液薬 粉薬 その他 ()	
受領者サイン	依頼票と薬の記名確認 <input type="checkbox"/>	
与薬者サイン	依頼票と薬の記名確認 <input type="checkbox"/>	
与薬時間	午前・午後 時 分 きりとせせん	
児 童 名		
受領者サイン		
与薬者サイン		
与薬時間	20 年 月 日 午前・午後 時 分	

与薬依頼票

太枠内を記入し、1回分の薬と「与薬依頼票」を柄なしチャック付ビニール袋（中身を確認しやすいもの）に入れ、職員に手渡ししてください。

20 年 月 日()

クラス・児童名	組	
病名・症状		医師の確認
受診機関名		月 日
医師名		保育時間中の 与薬の必要性
1回分ですか	はい・いいえ	
服用時間	食前 食間 食後 その他 (時頃)	
薬の種類 薬・チャック付 ビニール袋に記名	液薬 粉薬 その他 ()	
受領者サイン	依頼票と薬の記名確認 <input type="checkbox"/>	
与薬者サイン	依頼票と薬の記名確認 <input type="checkbox"/>	
与薬時間	午前・午後 時 分 きりとせせん	
児 童 名		
受領者サイン		
与薬者サイン		
与薬時間	20 年 月 日 午前・午後 時 分	