

保護者の方へ

白鈴保育園

1. 主治医から乳幼児に与薬されたくすりは、元来その保護者が与えるべきものですので、保育園では、原則としてお子さんへの与薬はいたしません。やむを得ない場合は、保護者と園側での話し合いのうえ、保育園の看護師が、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「与薬依頼書」に必要事項を記載していただき、くすりに添付して職員に手渡ししていただきます。
2. くすりは、お子さんを診察した医師が処方し調剤したもの、或いは、その医師の処方によって薬局で調剤したものに限ります。
3. 保護者の個人的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. 「熱が出たら飲ませる」「咳が出たら・・・」「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、与薬はいたしません。
5. 持参するくすりについて
 - ① 医師が処方したくすりには、必ず「与薬依頼書」を添付してください。なお「薬剤情報提供書」がある場合には、それも添付してください。
 - ② 使用するくすりは、1回ずつに分けて、当日分だけご用意ください。
 - ③ くすりや容器にお子さんの名前となんのくすりかを記載してください。
6. 主治医の診察を受ける時は、お子さんが現在〇〇時から〇〇時まで保育園に在園していることと、保育園では原則としてくすりの使用ができないことをお伝えください。

与 薬 依 頼 書

白鈴保育園 園長 殿

依 頼 日	令和 年 月 日		園 長	担 任
園 児 名		クラス		
保護者名	印			
病名(症状)				

下記の通り与薬を依頼します。
与薬の責任は保護者と致します。

体 調	○体温 ○機嫌（良・普通・悪〔 〕） ○排便（良・硬・軟・下痢）回数（回）	○食欲（有・普通・無）
与薬時刻	○家庭での最終与薬時刻 ○園での与薬時刻 ・昼食前 ・昼食後 ・その他（時 分頃）	
内服薬	種類	抗生物質 ・ かぜ薬 ・ せき止め ・ 化膿止め その他（ ）
	分量	水薬 1回 種類 1回分 目盛 ・ CC 粉薬 1回 種類 包
外用薬	効果	虫さされ ・ かゆみ止め ・ アトピー 結膜炎 ・ 目やに ・ その他（ ）
	種類	ぬり薬 目薬 その他 方法及び場所
薬の処方日	平成 年 月 日（ 日分）	
病院名及び薬局名	病院	薬局
電話番号		

月 日（ ） 園児氏名（ ）

午前・午後 時 分 与薬しました。
与薬者氏名（ 印 ）

与 薬 依 頼 書

白鈴保育園 園長 殿

依 頼 日	令和 年 月 日		園 長	担 任
園 児 名		クラス		
保護者名	印			
病名(症状)				

下記の通り与薬を依頼します。
与薬の責任は保護者と致します。

体 調	○体温 ○機嫌（良・普通・悪〔 〕） ○排便（良・硬・軟・下痢）回数（回）	○食欲（有・普通・無）
	○家庭での最終与薬時刻 ○園での与薬時刻 ・昼食前 ・昼食後 ・その他（時 分頃）	
内服薬	種類	抗生物質 ・ かぜ薬 ・ せき止め ・ 化膿止め その他（ ）
	分量	水薬 1回 種類 1回分 目盛 ・ CC 粉薬 1回 種類 包
外用薬	効果	虫さされ ・ かゆみ止め ・ アトピー 結膜炎 ・ 目やに ・ その他（ ）
	種類	ぬり薬 目薬 その他 方法及び場所
薬の処方日	平成 年 月 日（ 日分）	
病院名及び薬局名	病院	薬局
電話番号		

月 日（ ） 園児氏名（ ）

午前・午後 時 分 与薬しました。
与薬者氏名（ 印 ）