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頂き、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: TEL:	薬局名: 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) ☐粉　　袋　☐錠剤　　錠 ☐シロップ　　本　☐目薬　　本 ☐軟膏　　本　☐貼り薬　　枚 ☐その他(　　)	朝(自宅)の投薬時間:　　時　　分 園での投薬時間　:　☐昼食前　☐昼食後 ☐午睡前　☐午睡後 ☐その他(　　) ※目薬、塗薬、貼薬の方 部位:　　回数:	
薬の内容 ☐風邪薬　☐咳止め　☐整腸剤　☐その他(　　) ☐抗生物質　☐去痰　☐消炎剤		

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:　　】/【職員氏名:　　】

令和5年2月修正