

保護者各位

社会福祉法人明秀福祉会
中城みなみ保育園・幼稚園

こども園における与薬について

通常、乳幼児への与薬は家庭において責任をもって行われることから、本園では原則として与薬を行わない事となっています。
ただし、医師の指示でやむを得ず与薬が必要な場合に限り与薬致します。

1. 与薬の依頼

- ① 右の「与薬依頼書」に必要事項を記入し、**薬・処方箋（薬の説明）と一緒に職員に直接渡してください。**
- ② 薬は1回分をご持参ください。
- ③ 初回は家庭で飲ませる事を基本とします。
- ④ 薬の容器や袋にクラス名・園児氏名・日付・与薬時間を必ず記入してください。（シロップの場合、ふた付容器で持参）

2. 与薬対象としない薬

- ① 市販薬、以前に処方されて残っていた薬
- ② 「解熱剤」「座薬」「吸入薬」（病状を判断して与薬しなければならない薬）

3. 以下のような場合は与薬できないことがありますのでご了承ください

- ① 「与薬依頼書」に記載漏れがあるとき
- ② お子様服用を嫌がったり、嘔吐したりして飲ませられないとき

【与薬依頼書（保護者控）】

申込日： 年 月 日（ ）記入

| | | | | | | |
|--------|---|-----|---|---|---|---|
| クラス | 組 | 園児名 | | | | |
| 期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 月 | 日 |
| こども園記載 | | | | | | |
| 日付 | / | / | / | / | / | / |
| 受領者 | | | | | | |
| 与薬者 | | | | | | |
| 時刻 | | | | | | |
| 実施状況 | | | | | | |

【与薬依頼書（こども園保管）】

医師の指示により、やむを得ず保育時間中における与薬が必要となり、保護者の責任において、こども園での園児に対する与薬を行って頂きたい、依頼致します。

依頼先： 中城みなみ保育園・幼稚園 園長 殿

申込日 年 月 日（ ）記入

| | | | | | | |
|----------|-------|-----|------|-----------|-----|-----|
| クラス | 組 | 園児名 | | | | |
| 生年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | | |
| 保護者名 | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | |
| 与薬内容 | | | | | | |
| 病名 | | | | | | |
| 処方日 | 年 | 月 | 日 | 日に処方されました | | |
| 医師・病院名 | | | | | | |
| 薬の内容 | 抗生物質 | 咳止め | 下痢止め | かぜ薬 | 外用薬 | その他 |
| 与薬時間 | 粉薬 | | | シロップ | | |
| | 1回に | 包 | 1回に | ml | | |
| | 昼食前 | 昼食後 | 昼食前 | 昼食後 | | |
| 外用薬等の使用法 | 1日に 回 | | | | | |
| その他の注意事項 | | | | | | |
| 期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 月 | 日 |
| こども園記載 | | | | | | |
| 日付 | / | / | / | / | / | / |
| 受領者 | | | | | | |
| 与薬者 | | | | | | |
| 時刻 | | | | | | |
| 実施状況 | | | | | | |