

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

子ども園における予約について

通常、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いたします。

1 与薬の依頼

- ① 右の「与薬依頼書」に必要な事項を記入し、薬・処方箋・(薬の説明書)と一緒に職員に直接渡してください。

与薬内容

- 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、ふた付き容器で持参)

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」に記入漏れがあるとき
- ② お子様が服用を嫌がったり、嘔吐したりして飲ませられないとき

【与薬依頼書(保護者控え)】

申し込み日： 年 月 日 () 記入

クラス名 園児名

服薬期間 年 月 日～ 月 日

☆青字のところは保護者記入 必ず朝服用した時間を記入してください

日付	/	/	/	/	/
朝服薬時間					
受け取り					
与薬者					
備考					

【与薬依頼書(子ども園保管)】

医師の指示によって、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、子ども園での園児に対する与薬を行っていた頂きたく、依頼いたします。

依頼先：中城みなみ保育園・幼稚園 園長殿

申し込み日 年 月 日 () 記入

組 園児名

生年月日

年 月 日

保護者名

連絡先

病名						
処方日	年 月 日に処方しました					
医師・病院名						
薬の内容	抗生剤	咳止め	下痢止め	風邪薬	外用薬	その他
薬の内容	粉薬			シロップ		
与薬時間	1回に 包		1回に ml			
	昼食前	昼食後	昼食全	昼食後		
外用薬の使用法	1日 回					

期間 年 月 日～ 月 日

☆青字のところは保護者記入 必ず朝服薬した時間を記入してください

日付	/	/	/	/	/
朝服用時間					
受け取り					
予薬者					
時刻					
備考					