

※与薬を依頼する場合、下記事項を熟読の上、表面「連絡票」使用して下さい。

## 保 護 者 の 方 へ （ 注 意 事 項 ）

社会福祉法人 日の丸保育園  
園長 秋田 安世

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「連絡票」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下さい。なお使用にあたっては、そのつど保護者に電話で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. 「熱がでたら飲ませる」「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出来ませんので、そのつど保護者に電話で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、保育所保育指針(厚生労働省)によって、子どもの主治医または嘱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
  - ①医師が処方したくすりには必ず「連絡票」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。
  - ②使用するくすりは1回ずつに分けて、当日分のみご用意下さい。
  - ③袋や容器にお子さんの名前を記載して下さい。
9. 主治医の診察を受けるときは、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薬の使用ができないことをお伝え下さい。

# 与薬依頼連絡票(保護者記載用)

※この用紙が無い場合は、与薬できません。裏面を必ず読んで下さい。

|                                           |               |       |   |   |   |
|-------------------------------------------|---------------|-------|---|---|---|
| 【依頼先】                                     | 日の丸保育園        | 【依頼日】 | 年 | 月 | 日 |
| 【依頼者】                                     | 保護者氏名 ( )     |       |   |   |   |
|                                           | こども氏名 ( )     |       |   |   |   |
|                                           | 連絡先 ( )       |       |   |   |   |
| 【主治医】                                     | (病院・医院・クリニック) |       |   |   |   |
|                                           | 電話番号 ( )      |       |   |   |   |
| 【病名】(または症状)                               |               |       |   |   |   |
| ①持参した薬は、 年 月 日に処方された____日分のうち____日分       |               |       |   |   |   |
| ②保管は、 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他( )                   |               |       |   |   |   |
| ③薬の剤型は、 粉末 ・ 液(シロップ) ・ 外用薬 ・ その他( )       |               |       |   |   |   |
| ④薬の内容 抗生物質・咳止め・下痢止め・風邪薬・外用薬( )            |               |       |   |   |   |
| ⑤使用する時間 午前____・午後____ 時____ 分 又は 食事・おやつ の |               |       |   |   |   |
| ____ 分前 ・ ____ 分あと                        |               |       |   |   |   |
| その他具体的に ( )                               |               |       |   |   |   |
| ※該当するものに○をして下さい。                          |               |       |   |   |   |
| ⑥外用薬などの使用法                                |               |       |   |   |   |
| ⑦その他の注意事項                                 |               |       |   |   |   |

|        |  |      |       |   |   |
|--------|--|------|-------|---|---|
| 保育士サイン |  | 与薬時間 | 午前・午後 | 時 | 分 |
|--------|--|------|-------|---|---|

※できるだけ自宅にいる間に内服できるようにかかりつけの医師と相談して下さい。

※やむを得ず保育園に薬を預ける場合は、最小限にして下さい。なお、預かる薬はかかりつけの医師から出された薬に限ります。

※連絡票は、玄関口下駄箱の上に置いておきますのでご自由にお取り下さい。

※記載もれがある場合は、与薬できません。