|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 園長 | 主 任 | 看護師 | 担 任 |
|  |  |  |  |

**与薬依頼連絡票**

保育園長　様

　　次の児童は、医師の診察を受けたところ登園については心配なく、与薬のみ必要であることが主治医の指示となっておりますので、保護者に代わって保育園での与薬をお願いいたします。

なお、保育園には一切の責任はなく、保護者責任のもと記入し依頼します。

＜確認事項＞ 　 ※裏面の与薬の取り扱い基準をよくお読みください。

①お預かりできる薬は、医師から処方されたものに限ります。

②薬は１回分ずつ分けて、当日分のみお持ちください。

③薬の袋や容器にお子さまの氏名を明記してください。

④必ず職員に手渡しでお預けください。

（記入日　令和　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| クラス名  園児名 | |  | | 必要事項を記入してください。  □欄には該当するところに☑をお願いします。 |
| 保護者名  緊急連絡先 | | □緊急連絡カードのとおり　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 医療機関名 | | ☎（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 病名  （または症状） | |  | | |
| 服薬期間 | | 令和　　　年　　　月　　　日～　　　月　　　日 | | |
| 保管方法 | | □室温保存 　□冷蔵保存　 □その他（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 薬の内容 | | □抗生物質 □風邪薬 □咳止め　□下痢止め　□その他（　　　　　　　　） | | |
| 調剤内容 | |  | | |
| 内薬について | | □粉薬・【　　包】　□水薬・【　　種類】　□その他（　　　　　　　【　　種類】） | | |
| 与薬方法 | | □そのまま　 □水に溶く　 □その他（　　　　　　　　　　　） | | |
| 外用薬について | | □点眼薬・【　　種類】　□軟膏・【　　種類】　□その他（　　　　【　　種類】） | | |
| 外用薬の  使用方法 | | 使用方法や使用部位について具体的に記入 | | |
| 与薬時間 | | □食前　　□食後　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 与薬記録 | 日　　　時　　　分 | | 与薬職員 | |
| 日　　　時　　　分 | | 与薬職員 | |
| 日　　　時　　　分 | | 与薬職員 | |
| 日　　　時　　　分 | | 与薬職員 | |
| 日　　　時　　　分 | | 与薬職員 | |

**さくら市立保育園における与薬の取り扱い基準について**

保育園では、薬を与えることは医療行為に当たるため原則行っておりません。ただし、医師の判断により、やむを得ず保育時間中の与薬が必要である場合に限り、保護者の依頼により与薬いたしますので、保育園にご相談ください。

　保育園での与薬につきましては、お子さまの健康を守るために慎重に対応していきたいと考えておりますので、ご理解をお願いします。

～お願い～

①与薬の依頼について

　・医師へ保育園に通園していることを伝え、家庭での与薬で対応できないかご相談ください。

　 （例：１日３回を２回にする・１日３回（毎食後）を（朝食後・夕食後・就寝前）にする等）

・与薬依頼票は所定の用紙（両面コピー）を使用し必要事項を記入の上、提出してください。

②与薬する薬について

　・医師から処方された薬のみお預かりします。以前に処方されて残っていた薬や兄弟姉妹の薬、市販薬などはお預かりできません。

・薬の性質上、「座薬」「解熱剤」「鎮痛剤」「吸入薬」「頓服薬」等は保育園でお預かりできません。ただし、緊急時に使用するけいれん予防の座薬等については、保育園へご相談ください。

・薬は１回分をチャック付きの袋にいれ、薬の袋や容器にお子さまの氏名を明記して、職員に手渡してください。

・薬は１回分に分けて、当日分のみお持ちください。外用薬は１回分量でなくてもお預かりします。塗り薬を依頼する場合には、感染症予防のため使い捨て手袋を薬と一緒にお持ちください。

③与薬に係る確認について

　・お子さまの体調（体温、食欲、おう吐や下痢の有無、機嫌、顔色、夜間の様子など）を確認させていただくことがあります。

　・お子さまの具合が悪くなった等の場合には、すぐに連絡しますので、その日の保護者の連絡先をお知らせください。

　・お預かりしたお薬の内容によっては、確認のご連絡をさせていただくことがあります。

④その他

　・心臓疾患、喘息、アレルギー、糖尿病、てんかん等で与薬が必要になる場合には、医師の診断書の提出が必要になります。事前に保育園にご相談ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 園長 | 主 任 | 看護師 | 担 任 |
|  |  |  |  |

記入例

**与薬依頼連絡票**

保育園長　様

　　次の児童は、医師の診察を受けたところ登園については心配なく、与薬のみ必要であることが主治医の指示となっておりますので、保護者に代わって保育園での与薬をお願いいたします。

　　なお、保育園には一切の責任はなく、保護者責任のもと記入し依頼します。

＜確認事項＞ 　 ※裏面の与薬の取り扱い基準をよくお読みください。

①お預かりできる薬は、医師から処方されたものに限ります。

②薬は１回分ずつ分けて、当日分のみお持ちください。

③薬の袋や容器にお子さまの氏名を明記してください。

④必ず職員に手渡しでお預けください。

（記入日　令和　４年　１月　１日）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| クラス名  園児名 | | たいよう  　桜　未来 | | 必要事項を記入してください。  □欄には該当するところに☑をお願いします。 |
| 保護者名  緊急連絡先 | | 桜　太郎  **✓**  □緊急連絡カードのとおり　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 医療機関名 | | ☎（　　〇〇‐１２３４　　　　　）  　あおぞらクリニック | | |
| 病名  （または症状） | | 上気道炎・皮脂欠乏症 | | |
| 服薬期間 | | 令和　　４年　　１月　　１日～　　１月　　５日  **✓** | | |
| 保管方法 | | □室温保存 　□冷蔵保存　 □その他（　　　　　　　　　　　　　）  **✓** | | |
| 薬の内容 | | □抗生物質 □風邪薬 □咳止め　□下痢止め　□その他（　　　　　　　　） | | |
| 調剤内容 | | アスベリン・ムコダイン  **✓**  **✓** | | |
| 内薬について | | □粉薬・【　１包】　□水薬・【　　種類】　□その他（　　　　　　　【　　種類】） | | |
| 与薬方法 | | □そのまま　 □水に溶く　 □その他（　　　　　　　　　　　）  **✓**  昼食後に、左手全体へ①ビーソフテンローションを塗った後②ワセリンを薄く塗ってください。 | | |
| 外用薬について | | □点眼薬・【　　種類】　□軟膏・【　２種類】　□その他（　　　　【　　種類】） | | |
| 外用薬の  使用方法 | | 使用方法や使用部位について具体的に記入  **✓** | | |
| 与薬時間 | | □食前　　□食後　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 与薬記録 | 日　　　時　　　分 | | 与薬職員 | |
| 日　　　時　　　分 | | 与薬職員 | |
| 日　　　時　　　分 | | 与薬職員 | |
| 日　　　時　　　分 | | 与薬職員 | |
| 日　　　時　　　分 | | 与薬職員 | |