こども園では原則として、薬の使用はできません。保護者の方が来て与薬していただくか、医師に朝夕の2回に処方していただくようにお願いして家庭で飲ませてください。どうしても服用しなければならない薬で、下記に該当する場合には、保護者の署名捺印のある場合のみ、保護者に代わって職員が与薬します。

* **医師に朝夕２回での服用を依頼したが、保育中の服用が必要な薬であると言われた**
* **保護者が保育中に与薬することができない(職場を抜けられない)**
* **与薬における全責任は保護者にあることを理解している**
* **医療機関からの処方箋である(保護者の判断で持参した薬、市販の薬は対応できません)**
* **チャック付きビニール袋に1回分の薬とこの用紙を入れる（チャック付きビニール袋、薬袋それぞれに必ず名前を書いてください）**

\*上記該当にチェックをして、職員に手渡ししてください。

　　**保護者署名　　　　　　 　　　　 印**　　 緊急連絡先

　　　 　　　 電話番号

**く　す　り　依　頼　書** 年　　月　　日記入

|  |  |
| --- | --- |
| 依 頼 先 | 　　　　　　　　　 園　宛 |
| 対 象 児 | 組　名氏　名　 　　　　　　　　 　 (男・女) 　　　歳　　ヵ月 |
| 主 治 医 | 　　　　　　　　　　　 病院・医院　 電話 |
| 病名(又は症状) |  |
| (該当するものに〇、または明記)1. 持参したくすりは　 　　年　　月　　日に処方された　　日分のうちの本日分
2. 保管は　　　　　　　　室温・冷蔵庫・その他( 　　　　 ）
3. くすりの剤型・用量　　粉（　　）包・液(シロップ）・外用薬・その他(　　　　 ）
4. 使用する期間　　　　　　　年　　月　　日　　～　　月　　日

使用時間等　　　　　　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( )1. 外用薬などの使用法　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
2. 薬剤情報提供書　　　　　あり・なし　※コピーを添付してください
3. その他の注意事項　　　（　　　　　　　　　　 　　 　　　　　）
 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者記入 | 使用月日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| 朝の検温 | 　　　　　度 | 　　　　度 | 　　　　度 | 　　　　度 | 　　　　度 |
| こども園記入 | 受領者名 |  |  |  |  |  |
| 与薬者名 |  |  |  |  |  |
| 園確認印 |  |  |  |  |  |