

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)
- チェック付きビニール袋に1回分の薬とこの用紙を入れる(チェ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 ヲ月
主 治 医	病院・医院 電話
病名(又は症状)	
(該当するものに○、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()
(5) 外用薬などの使用法	()
(6) 薬剤情報提供書	あり・なし ※コピーを添付してください
(7) 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					