

こども園では原則として、薬の使用はできません。保護者の方が来て投与していただくか、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、保護者の署名がある場合のみ、保護者に代わって職員が投与します。

- 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
- 保護者が保育中に投与することができない(職場を抜けられない)
- 投与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□欄にチェックをして、職員に手渡してください。

保護者署名

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<br>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○、または記入) |                          |
| (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            | 食事(おやつ)の前 ・後 その他( )      |
| (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 |     |     |     |     |     |
|        | 投与者名 |     |     |     |     |     |
|        | 園確認印 |     |     |     |     |     |