保護者様

2024年4月改定版

かほるこども園

お薬について

園での投薬は原則として行いません。しかし、慢性疾患や病後の回復期などでやむを得ず保育職員に投薬を依頼する場合は、「与薬依頼書」を添えてお申し出ください。与薬は日常の忙しい保育業務の中で行っております。安全管理に細心の注意を払いつつも、ヒューマンエラーをゼロにすることは容易ではなく、安全に取り扱うことが困難な場合もあります。与薬件数が増えるに伴い、誤与薬、与薬忘れなどの可能性が高まっているのが現状です。保護者の方には主治医の先生に子どもの症状にもよると思いますが、なるべく**保育時間外での与薬**で済むようにお願いして頂きたいと思います。ご理解、ご協力をお願いいたします。(詳細は園ホームページ「おくすりについて」をご覧ください。)

＊お願い＊

1．薬の袋や容器にお子様の**名前･日付･薬品名･与薬方法(食前･食後)**を書いてください。
2．分割できるものは**一回分**にして持参。
3．二種類以上ある場合は薬にも①・②・・・と番号を書いてください。
4．薬は医師の**処方薬**のみに限らせて下さい。
＊薬局でもらう薬の成分表のコピーを添付してください。
(一般売薬・病院受診せずに保護者の判断で持参した処方薬はお受けできません)
5．冷蔵庫保管が必要な薬は各家庭で保冷バックを準備して頂き、それでの保管となります。

与薬依頼書

クラス	組	名　前	
症状や病名			
医療機関名		受診日	年　月　日
与薬期間	年　月　日 ～　月　日 まで		
飲み薬　① 薬品名：＿＿＿＿ どちらかに○ (粉薬・水薬)	飲む時刻	昼食前　昼食後　その他（　）	
	飲み方	そのまま　水で溶く　その他（　）	
	保管方法	常温　保冷バック　その他（　）	
飲み薬　② 薬品名：＿＿＿＿ どちらかに○ (粉薬・水薬)	飲む時刻	昼食前　昼食後　その他（　）	
	飲み方	そのまま　水で溶く　その他（　）	
	保管方法	常温　保冷バック　その他（　）	
塗り薬･点眼薬　① 薬品名：＿＿＿＿	塗る・点眼時刻	昼食前　昼食後　その他（　）	
	塗る部分	顔　手　足　お腹　背中　その他（　）	
	使用量・方法		
	保管場所	常温　その他（　）	
塗り薬・点眼薬　② 薬品名：＿＿＿＿	塗る・点眼時刻	昼食前　昼食後　その他（　）	
	塗る部分	顔　手　足　お腹　背中　その他（　）	
	使用量・方法		
	保管場所	常温　その他（　）	
保護者氏名	年　月　日		

★与薬実施記録　★　　受付者サイン：＿＿＿＿＿＿

/		/		/		/		/		/		/	