

【注意事項】 ※薬は必ず1回分のみご持参下さい。

※容器・薬袋には必ず園児氏名、与薬日付をご記入して下さい。

必要事項を記入の上、薬剤情報提供書・お薬と一緒に保育士に手渡しして下さい。

なお、薬は医療機関で処方されたもの限り、市販の薬はお預かりできません。

与薬依頼票

依頼日 年 月 日

※与薬に伴い生じた一切の結果に関するすべての責任は私が負うものとし、与薬に関わった者の責任を問う事はありません。

保護者氏名 _____ ㊞

連絡先 ☎ (_____)

園児名	
病名(症状)	
医療機関名・担当医師名	
園での与薬期間	年 月 日 から 年 月 日まで
薬の剤型	粉末・シロップ・錠剤・外用薬・その他 (_____)
薬の内容	内服： 抗生物質 ・ その他 (_____) 外用： 点眼 ・ 塗薬 ・ その他 (_____)
与薬時間	昼食 (前 ・ 後) その他 (_____)
使用方法	※外用薬(使用部位)・目薬(右・左・両目)などの使用方法、部位、回数などその他の薬についても注意事項がありましたら記入して下さい。
お預かり与薬数	(例、粉2包、塗り薬1種類 など)
※必ずご記入下さい	

※ 園 記 入 欄 ※					
月 / 日 (時間 :)	/ (:)	/ (:)	/ (:)	/ (:)	/ (:)
与薬者サイン					
確認者サイン					

保育園での投薬についての注意事項

保育園では、投薬が医療行為とみなされるため、原則として、くすりはお預かりしないことになっています。

医師の診察を受ける際は、お子さんが保育園に通園していること、保育園では原則としてくすりの使用ができないことをお伝えの上、保育時間中にくすりを服用しなくてもすむ処方（朝夕の2回薬や朝夕寝る前の3回薬などの服用）を配慮してもらうよう依頼してください。

どうしても保育時間中に投薬しなければならない場合は、保護者が来園して与えていただくことになります。ただし、やむを得ない理由で保護者が来園できない時は、保護者と園側で話し合いの上、保護者に代わって保育士が投薬します。この場合、万全を期するために、「与薬依頼書」に必要事項を記入していただき、くすりに添付して必ず保育士に直接手渡ししていただきますようお願いします。（かばんの中などに入れたままではお預かりしません）

「与薬依頼書」がない場合、もしくは記入漏れがあった場合は、投薬できませんのでご注意ください。以下、注意事項を熟読の上、ご理解いただきますようお願いします。

1. 医師の処方薬のみ投薬します。

投薬はお子さんを診察された医師が処方し調剤したもの、もしくはその医師によって薬局で調剤したものに限りです。市販のくすり、保護者の個人的な判断で持参したくすりは対応できません。

2. 薬剤情報提供書（薬の説明）を添付してください。

投薬を依頼される場合は、「投薬依頼書」と併せ、くすりを受け取った際に添付される薬剤情報提供書など、くすりについての説明が書かれた書類も添付してください。（コピー可）

3. くすりは1回分ずつ小分けにしてください。

くすりは、必ず1回分ずつに分けて当日分のみお持ちください。水薬（シロップ）は小さな容器にうつしてください。（分量を保護者の責任で管理していただくためです）

1回分ずつに分けたくすりの袋や容器には、必ずお子さんの名前と投薬時間を
はっきりと記名して下さい。塗り薬や目薬は小分けにする必要はありません。



4. 座薬の使用は原則として行いません。

やむを得ず使用する場合は、医師からの具体的な指示書を添付してください。また、使用にあたってはそのつど保護者にご連絡しますのでご了承ください。

5. 保育者による症状の判断が必要な場合は投薬できません。

「熱がでたら飲ませる」「せきがでたら…」「発作がでたら…」というように、保育者が症状を判断しなければならない場合は、保育園としては投薬することができません。そのつど保護者にご連絡することになりますのでご了承ください。

6. 医師による処方期間ごとに「投薬依頼書」を提出してください。

慢性の病気（気管支喘息・てんかん・糖尿病・アトピー性皮膚炎などのように経過が長引くような病気）の日常における投薬や処置が必要な場合は、1か月毎に「投薬依頼書」を提出してください。

【注意事項】 ※容器・薬袋には必ず園児氏名をご記入の上
保育士に手渡しして下さい。

必要事項を記入の上、薬剤情報提供書・お薬と一緒に保育士に手渡しして下さい。

なお、薬は医療機関で処方されたものに限りに、市販の薬はお預かりできません。

与薬依頼票（長期外用薬用）

依頼日 年 月 日

※与薬に伴い生じた一切の結果に関するすべての責任は私が負うものとし、与薬に関わった者の責任を問う
事はありません。

保護者氏名 _____ ㊞

連絡先 ☎ (_____)

園児名	
病名（症状）	
医療機関名・担当医師名	
園での与薬期間	年 月 日 から 年 月 日まで
薬の内容	外用： 点眼 ・塗薬 ・その他（ _____ ）
与薬時間	給食後のお着換え時となります。
使用方法	※外用薬（使用部位）・目薬（右・左・両目）などの使用方法、部位、 回数などその他の薬についても注意事項がありましたら記入して 下さい。
お預かり与薬数	(例、塗り薬1種類 など)
※必ずご記入下さい	

月			※ 園 記 入 欄 ※			
1日（ ）	2日（ ）	3日（ ）	4日（ ）	5日（ ）	6日（ ）	7日（ ）
8日（ ）	9日（ ）	10日（ ）	11日（ ）	12日（ ）	13日（ ）	14日（ ）
15日（ ）	16日（ ）	17日（ ）	18日（ ）	19日（ ）	20日（ ）	21日（ ）
22日（ ）	23日（ ）	24日（ ）	25日（ ）	26日（ ）	27日（ ）	28日（ ）
29日（ ）	30日（ ）	31日（ ）				