

※基本的に保育園では与薬を行うことはできません。
治療上、必要な薬は事前に医師へ通園していることを伝えていただき、家庭での与薬となるよう
ご相談ください。(予防のための薬は申し込みいただけません。)
※保育時間内の与薬がどうしても必要になった場合に限っての申し込みとなります。
※副作用についての責任は園では一切負えません。

こぐま保育園園長殿

西暦 年 月 日

私は貴園において保育時間内に子どもに与薬していただきたいので申し込みます。
つきましては、保護者の責任のもと下記の通りに与薬をお願いいたします。

クラス _____

園児名 _____ 男・女 生年月日 西暦 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

※いつでも確実に連絡できる連絡

連絡先 ① _____ ② _____

先 (tel) を記載してください。

病 名 _____ 薬の名前 _____

期間 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日 下記※同日記入ください。

※けいれん、食物アレルギー対応薬⇒最長年度内 ※軟膏⇒最長 1 週間 ※点眼⇒最長 3 日間 ※内服薬(水薬)⇒1日ごと

※園使用欄<与薬日・与薬者> / 印 / 印 / 印 / 印 / 印 / 印 / 印 / 印

薬の分類 ・抗けいれん薬 ・内分泌疾患治療薬 ・強心薬 ・その他 ()

・抗ヒスタミン薬 ※東京都食物アレルギー緊急時対応マニュアルに従う

与薬時間 ・昼食前 ・昼食後 ・どちらでも ・その他 ()

種類や量 ・内服薬 1 回 包 配慮なし・あり(例:水で溶く等) ()

・水薬(シロップ) ※1 回分ずつを容器に入れてください。

・点眼薬 1 日 回

・外用薬(塗り薬など) 1 日 回 部位 ()

・座薬: 医師による指示を()内に記入し、該当に○してください

1 回に 個を発熱(°C)以上で挿入 ※保護者へ確認してからの挿入となります。

(挿入 30 分以内に排便したら) 再挿入可 ・再挿入不可

特記事項 ()

上記のとおり処方日 西暦 年 月 日 に処方されました。

処方した病医院名と医師 _____ 電話番号 _____

<約束事項>

- ・医師が処方した薬に限ります(市販薬不可)。薬剤情報提供書のコピーを添えて提出して下さい。
- ・家庭にて 1 回以上服用し、副作用などの問題がないことを確認してから持参してください。
- ・お薬に直接 名前、薬名、日付、与薬時間、使用期限 を記載してください。
- ・座薬、食物アレルギー対応薬は2回分を持参ください。
- ・けいれん対応薬には医師の診断書、食物アレルギー対応薬は医師の指示書が必要になります。

軟膏や点眼など容器があるお薬は期限が過ぎたら返却いたします。下記も記入ください。

クラス _____

お名前 _____

※期間 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日