

【くすりについて】

※ 当園では原則として薬の使用はできませんが、2号・3号認定子どもの方で医師の診察によりやむを得ず使用しなければならない時には、下記の事項をよく読んで、「くすり依頼書」を添付のうえ申し出てください。

- 1 医師の診察を受けるとき、お子さんがこども園に通園しているため、原則として日中は薬の使用ができないことを伝えて処方してもらってください（できれば、朝・夕方・寝る前など）。
- 2 本来は保護者の方が登園して投与していただくのですが、どうしても都合がつかないときのみ、当園の職員が保護者に代わって投与します。この場合万全を期すために、「くすり依頼書」に必要な事項を記入し、薬に添付してご持参ください。また「薬剤情報提供書」がある場合には「くすり依頼書」と一緒に添付してください。
- 3 持参する薬について
 - ① 薬は、お子さんを診察した医師が処方し調剤したもの、あるいはその医師の処方によって薬局で調剤したものに限ります。
 - ② 保護者の個人的な判断で持参した薬は、当園では対応できません。
 - ③ とんぷく薬、座薬の使用は行いません。
 - ④ 服用する薬は1回分に分けて持参してください。
 - ⑤ 薬袋や容器には、お子さんの名前を記入してください。
 - ⑥ 薬は水で投与します。水で内服できない場合は、対応できない場合があります。
 - ⑦ 点眼薬、点鼻薬などは、安全に投与できる場合のみ預かります。
 - ⑧ 土曜日は、いかなる理由においても薬の預かりはしていません。
- 4 「くすり依頼書」について
 - ① 「くすり依頼書」の用紙は18頁の用紙をご家庭でコピーするか、ホームページよりダウンロードしてお使いください。
 - ② 全ての欄がきちんと記入されていないと対応できません（記入例参照）。
 - ③ 薬と「くすり依頼書」は、職員室にいる職員に直接手渡し、薬の連絡札を担任に必ず渡してください。
 - ④ 降園時、「くすり依頼書」と薬袋をお返ししますので、必ず職員室にお立ち寄りください。
 - ⑤ 「くすり依頼書」は、投薬の期間が終了後、園で保管します。コピーが必要な方は申し出てください。

記入例

当園では原則として、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のみ、保護者に代わって職員が投与します。

確認してからチェック

- 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)
- チャック付きビニール袋に1回分の薬とこの用紙を入れる(チャ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)

*上記口欄にチェックをして、職員に手渡してください。

該当するものすべてを記入

保護者署名

たねの くにお

緊急連絡先

電話番号 090-1234-5678

くすり依頼書

2025年6月2日記入

依頼先	撫川ちとせこども園 宛		
対象児	組名	あやめ	
	氏名	たねの くにお	(男 <input checked="" type="radio"/> 女) 5歳 8ヵ月
主治医	撫川耳鼻咽喉科	病院・ <input checked="" type="radio"/> 医院	電話 086-293-0000
病名(又は症状)	中耳炎		
(該当するものに○、または記入)			
(1) 持参したくすりは	2025年5月31日に処方された 5日分のうちの本日分		
(2) 保管は	<input checked="" type="radio"/> 室温・冷蔵庫・その他()		
(3) くすりの剤型・用量	<input checked="" type="radio"/> 粉(1)包・液(シロップ)・外用薬・その他()		
(4) 使用する期間	2025年5月31日夕 ~ 6月5日昼		
使用時間等	食事(おやつ)の前 <input checked="" type="radio"/> 後 その他()		
(5) 外用薬などの使用法	()		
(6) 薬剤情報提供書	<input checked="" type="radio"/> あり・ 依頼する期間の日にちをすべて記入		
(7) その他の注意事項	()		

保護者記入	使用月日	6月2日	6月3日	6月4日	6月5日	月 日
	朝の検温	36.8度	度	度	度	度
こども園記入	受領者名	当日朝の体温を記入				
	投与者名					
	園確認印					

当園では原則として、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	撫川ちとせこども園 宛					
対 象 児	組 名					
	氏 名	(男・女)	歳	ヵ月		
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					