

与薬依頼書

ルンビニ保育園 園長殿

別添の関連書類のとおり医師の指示・処方を受けましたので貴園において薬剤を
与えて下さい。

平成 年 月 日

依頼者（保護者）氏名 _____

クラス or チーム _____ 園児氏名 _____

医療機関（医師）名			
病名又は症状			
持参した薬剤の処方日	平成	年	月 日
持参薬剤の種類・数量			
粉 薬	() 種類	・ 計 ()	包
シロップ	() 種類	・ 計 ()	個
錠 剤	() 種類	・ 計 ()	錠
軟 膏	() 種類	・ 計 ()	個
点 眼	() 種類	・ 計 ()	個
そ の 他	() 種類	・ 計 ()	個
与薬時間帯（○で囲む）	昼食前	昼食後	その他
登園直前の症状			
登園直前の体温	℃		
発症～登園直前までの経緯・児童の様子（出来るだけ詳細にご記入下さい。）			

保護者の皆様

ルンビニ保育園では原則として、**お薬の投与は行っておりません。**
医療機関を受診される際は、保育園に通っている事、保育園では原則として
投薬を行っていない事、保育時間帯などを医師に伝え、朝・晩の2回や保育
時間帯を避けて服用出来る方法・お薬を処方して頂くようにして下さい。保
育園での投薬は、場合により看護師では無く、保育士やその他無資格者が行
う事があります。**どうしても保育時間中の服用が必要な場合**にのみ、与薬
を承ります。

ルンビニ保育園 園長

- ◎本与薬依頼書の記入は必ず依頼者（保護者）が行って下さい。
- ◎医師もしくは薬剤師（医師の処方箋に基づく）による「薬剤情報提供書」「医師による投薬指示書」を必ず添付して下さい。
- ◎薬剤は1回分に小分けし、必ずお子さんのフルネームを記入して下さい。当日使用分（1回分）のみお預かり致します。
- ◎中身の分かる袋等（記名のもの）の中に上記全てを入れ、必ず職員に手渡しして下さい。
- ◎登園時は、必ず保護者によって受け入れの職員に対して上記一式を確実に引き渡して下さい。
- ◎必ず連絡ノートに記入し、担任に薬剤を持参している旨を知らせて下さい。
- ◎長期与薬が必要な場合、持病・副作用の懸念がある薬の場合は、事前に保育園に相談をし、園長の承認を受けて下さい。（事前承認が必要か否かの判断は当園保健職員が行います。）
- ◎事前承認については、その承認を保留し、医師の診断書を提出して頂く場合や医師・保護者と保育園職員（園長、保健職員、担任 等）での三者面談を行った後に判断する場合があります。
- ◎薬は保健室で一括管理します。
- ◎上記要件に一つでも不備があった場合（書類などの未記入・誤記入等を含む）は、薬剤をお預かりする事が出来ません。例え薬剤をお預かりした後において不備等を発見した場合でも同様に与薬を実施出来ません。事故防止・健康管理に関する重要事項ですので、悪しからずご了承下さい。

※太枠内保育園記入欄（薬剤を預かった職員は依頼者立会いの下内容を確認し、下段にチェックすること）

預かった職員	与薬した職員	与薬時間	確認者
		:	
<input type="checkbox"/> 依頼書 (内容も確認)	<input type="checkbox"/> 医師による指示書	<input type="checkbox"/> 一回分の薬剤 フルネーム記名	<input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書