

主治医の診断を受ける時は、お子さんが現在〇〇時から〇〇時までこども園に在園していることと、こども園では原則として薬の使用ができないことをお伝えください。
(例：朝・夜 2回等)

別紙1

くすりの依頼書（与薬表）

年 月 日

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、お願いいたします。

依頼者 保護者名（ ） 連絡先 ☎（ ）

園児名（ ） クラス名（ ）

病院名（ ） ☎（ ）

病名または症状（ ）

①持参した薬は 年 月 日～ 年 月 日まで

②薬の内容（該当するものに○）

抗生剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ 整腸剤 ・ 風邪薬

点眼薬（右・左） ・ 塗布薬 ・ 湿布薬 ・ その他（ ）

③薬の剤型

粉（ 包） ・ シロップ（ 個） ・ 外用薬（ 個） ・ その他（ ）

④与薬時間

食事 前 ・ 後 その他（ ）

⑤外用薬など使用法（ ）

⑥その他の注意事項（ ）

注意事項

① 保育園では、原則として薬の使用が出来ません。医師と相談の上、やむを得ず使用する場合は「くすりの依頼書」に必要事項を記載していただきます。

また、保護者の個人的な判断で持参した薬は、対応できませんのでご了承ください。

「薬入れ袋」と「くすりの依頼書」を記入して、さらに病院からの薬の説明書（可）を添えて、薬と一緒に職員に必ず手渡ししてください。

なお「くすりの依頼書」及び「薬の説明書」がない場合は、飲ませることが出来ませんのでご了承ください。その他、不備がある場合は保育園での与薬はいたしません。

② 医療機関からの処方された薬であること。

③ 1回分を持参し、水薬は小さい容器に分けてください。

④ すべての薬に名前を書いてください。

⑤ 市販の薬・座薬及び解熱剤・ステロイド入りの薬はお預かりできません。

お薬を持参される場合

①くすりの依頼書（与薬表）

②薬の説明書（薬局からもらったもの）

③薬（1回分、名前を忘れずに記入）

④薬入れ袋（自宅で透明ジップ付袋を用意して下さい）

お薬は④の中に①～③をセットにして入れ
確実に保育士に手渡ししてください。

※与薬の必要がなくなった場合、このくすりの依頼書・薬の説明書は回収し園で保管しますので必ず園に戻してください。

※虫除けスプレーは、医師の承諾又はご家庭で使用して異常がないと確認できましたら、保護者の責任のもと持参しても構いません。（6～10月）

ガス缶タイプ以外でディートを含まないアロマタイプなど安心して使用できるもののみお預かりいたします。
シール・リングの虫よけやかゆみ止めは使用禁止

※こども園記載

月 日	/	/	/	/	/	/
与薬者						

※この用紙を印刷するか、わかば認定こども園のHPからダウンロードして印刷してください。

月 日	/	/	/	/	/	/
与薬者						

月 日	/	/	/	/	/	/
与薬者						

月 日	/	/	/	/	/	/
与薬者						

月 日	/	/	/	/	/	/
与薬者						

月 日	/	/	/	/	/	/
与薬者						

月 日	/	/	/	/	/	/
与薬者						

月 日	/	/	/	/	/	/
与薬者						

月 日	/	/	/	/	/	/
与薬者						

月 日	/	/	/	/	/	/
与薬者						

月 日	/	/	/	/	/	/
与薬者						