＜お薬連絡票＞

保育園チャイルド

選択部分 **の該当箇所に○をつけ、下線部 にご記入ください。**

依頼者	保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿ルーム　園児氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
病名	（症状・その他連絡事項） 病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
薬の内容	①処方された日　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日（　＿＿＿日分　）
	②薬の種類　***内服薬***　***粉末***（　＿＿＿袋　）・***シロップ***（　＿＿＿種類　）
	その他（　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）
	外用薬　***目薬***（　＿＿＿種類　）・***塗り薬***（　＿＿＿種類　）
	その他（　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）
	その他　（　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）
	③保管場所　***室温・冷蔵庫・その他***（　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）
	④薬の内容　***抗生剤　・　かぜ薬　・　咳止め　・　整腸剤***
	その他　（　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）
	⑤投与時間　***食前・食後・その他***（　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）
	⑥（外用薬の場合）場所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

依頼日①	＿＿月＿＿日 ＿＿曜日	投与時間（　：　） 投与者ｻｲﾝ	**依頼日④**	＿＿月＿＿日 ＿＿曜日	投与時間（　：　） 投与者ｻｲﾝ
依頼日②	＿＿月＿＿日 ＿＿曜日	投与時間（　：　） 投与者ｻｲﾝ	**依頼日⑤**	＿＿月＿＿日 ＿＿曜日	投与時間（　：　） 投与者ｻｲﾝ
依頼日③	＿＿月＿＿日 ＿＿曜日	投与時間（　：　） 投与者ｻｲﾝ	**依頼日⑥**	＿＿月＿＿日 ＿＿曜日	投与時間（　：　） 投与者ｻｲﾝ

※この用紙は使用後園で保管いたします。下記のいずれかに○をつけてご提出ください。

- 今回の薬は終了しました。
- 引き続き投与を依頼したいので、新しい用紙をください。

裏面をよくお読みください

＜保育園での投薬について＞

保育園に登園するお子さんは、集団生活に支障がない健康状態であることが前提となっており、お子さんへの投薬は、法律上の「医療行為」となるため、保護者や医師等ではない保育士が行うことは、原則としてできません。

そのため、**診察を受ける際には、保育園に通っている旨をお伝えいただき、保育時間中に薬を服用しなくてもすむ処方を依頼してください。**（朝・降園後・就寝前の３回や、朝・夕の２回など）どうしても保育時間中に投薬が必要な場合は、本来は保護者にご来園いただき、投薬していただくことが原則です。

ただし、お仕事を持つ保護者の皆さまの便宜上、医師の処方によるお薬で、処方された病院・薬の種類・投薬方法等を具体的に記載したお薬連絡票をお持ちいただき、保護者より依頼があった場合に限り、園でお預かりし保護者に代わり投薬できることとなっております。

慢性疾患等（気管支喘息・てんかん・糖尿病・アトピー性皮膚炎など）の日常における投薬や処置、**座薬**の使用（熱性けいれんなど）については、お子さんの主治医の**指示書**に従って行うこととなっております。**別様式のお薬連絡票**をご提出いただきますので、ご相談ください。

＜注意事項＞

- お薬は、医師が処方したものに限ります。保護者の判断で持参した**市販薬等はお預かりできません。**
- 内服薬は**１回の分量に分けて、当日分のみ**お持ちください。
- **袋や容器には、必ず園児氏名（フルネーム）をご記入ください。**
- お薬は、この「お薬連絡票」と一緒に指定の**「お薬入れ」に入れ、「連絡ケース」に入れて**お持ちください。登園バッグのポケット等に入れてしまうと、気づかない可能性があります。また、連絡帳にてお薬がある旨や症状の経過、受診の状況等をお伝えいただけると助かります。
- 投薬を依頼する日は、**毎日「依頼日」欄に日付をご記入ください。**
- ご記入もれがあった場合は電話にて確認させていただきますのでご了承ください。
- その他、保育園での投薬に関してご質問やご不明な点、また特別な事情がある方はご相談ください。