

保護者様

社会福祉法人紫水会 黒髪幼愛園

園長 宮本 博規

与薬についてのお願い

お子さんの薬は、本来は保護者の方が与えなくてはならないのですが、緊急やお得ない場合は保護者と園側で話し合いの上、保育園の担任が保護者に代わって与えます。この場合は万全を期するために【与薬連絡票】に必要事項を記入し薬剤情報提供書と合わせて薬に添付して保育士に手渡しして頂きます様お願い致します。

また、病院受診時にお子さんが保育園に通っている事をお話され、保育園では原則として薬の使用が出来ないことをお伝え下さい。(薬の処方を朝夕2回(ご家庭で内服)にしてください。)

◎ 持参される薬について、次の事は必ずお守り下さいますようお願い致します。

1. 薬は、お子さんを診察した医師が処方し調整したもの、あるいはその医師の処方によって薬局で処方されたものに限りです。
2. 市販の薬、解熱剤、座薬、鎮痛剤(屯用薬)はお預りできません。
3. 吸入などの医療行為は園では実施できない事になっております
4. 使用する薬は一回分ずつに分けて、当日分のみ持参して下さい。
5. 袋や容器に必ずお子さんの名前を記載して下さい。
6. 薬がある日は、連絡帳にも一言お書き添えをお願い致します。
7. 与薬連絡票は前もって担任または事務室より受け取られ、ご準備下さい。
8. 薬剤情報提供書も合わせてご提出ください。(ない場合は原則与薬できません。)

※ お薬に関して不明な点がある時は、保護者の方にお電話でお問い合わせする場合がありますのでご了承下さい。

与薬連絡票（保護者記載用）

令和 年 月 日

依頼先：黒髪幼愛園 園長 宮本 博規 宛

依頼者：保護者氏名（ ）印 連絡先 TEL（ ）

子どもの氏名（ ）男・女 歳 ヶ月

主治医： TEL
（ 病院・医院）FAX

病名又は症状

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です

② 保管は 室温・冷蔵庫・その他（ ）

③ くすりの剤形（該当するものに○）粉・液（シロップ）・外用薬・その他（ ）

④ くすりの内容

抗生物質・かぜ薬・咳止め・下痢止め・外用薬（ ）

⑤ 使用する日時 年 月 日～ 年 月 日 午前・午後 時 分

又は 昼食（おやつ）の 分前・ 分あと

その他具体的に（ ）

⑤ 外用薬などの使用法（ ）

保 育 園 記 載	受領者サイン（ ）	保管時サイン	月	日	時	分
	受領者サイン（ ）	保管時サイン	月	日	時	分
	受領者サイン（ ）	保管時サイン	月	日	時	分
	受領者サイン（ ）	保管時サイン	月	日	時	分
保 育 園 記 載	投与者サイン（ ）	投与時刻	月	日	時	分
	投与者サイン（ ）	投与時刻	月	日	時	分
	投与者サイン（ ）	投与時刻	月	日	時	分
	投与者サイン（ ）	投与時刻	月	日	時	分

実施状況・健康観察