

**【与薬を依頼する時の注意事項】**

- ①与薬は「医療行為」です。原則保育園で行うことはできません。ですので、まずは保育園に通園していることを医師にお伝えください。そのうえで1日3回の薬を2回にしてもらったり、朝・夕・寝る前等、のませる時間の変更もご相談してください。
- ②医師の指示によって処方されている薬に限ります。
- ③次の場合は、**与薬をお断りいたします。**  
処方日が明確でない薬、水薬、与薬の際に看護師（保育士）の判断が必要なもの。
- ④1回分のみ、それぞれの薬に名前を記載のうえ、「与薬依頼票」「与薬する薬」「処方された薬の説明書（またはお薬手帳のコピー）」の3点をそろえて看護師（保育士）に**直接手渡し**してください。

**与薬依頼票（内服薬）**

令和 年 月 日

坂之上いつつぼし保育園 殿

上記注意事項を確認したうえで与薬を依頼しますが、与薬の責任は保護者であることを承諾いたします。

園児名 \_\_\_\_\_  
 保護者名 \_\_\_\_\_ ㊞ 続柄 ( ) \_\_\_\_\_  
 (連絡先) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

持参薬剤	全部で ( ) 種類
薬の剤型	粉末 ・ シロップ ・ その他 ( )
保管	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ( )
薬の内容	抗生物質 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ 整腸剤 その他 ( )
使用時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ おやつ前 ・ おやつ後 ・ その他 ( )
薬剤情報	薬剤情報提供書の添付 ( あり ・ なし )
与薬期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

日付	保護者㊞またはサイン	受領数	受領者	与薬時間	与薬数	担当者	返却数	返却者	保護者㊞またはサイン
月 日				:					
日付	保護者㊞またはサイン	受領数	受領者	与薬時間	与薬数	担当者	返却数	返却者	保護者㊞またはサイン
月 日				:					
日付	保護者㊞またはサイン	受領数	受領者	与薬時間	与薬数	担当者	返却数	返却者	保護者㊞またはサイン
月 日				:					
日付	保護者㊞またはサイン	受領数	受領者	与薬時間	与薬数	担当者	返却数	返却者	保護者㊞またはサイン
月 日				:					
日付	保護者㊞またはサイン	受領数	受領者	与薬時間	与薬数	担当者	返却数	返却者	保護者㊞またはサイン
月 日				:					
日付	保護者㊞またはサイン	受領数	受領者	与薬時間	与薬数	担当者	返却数	返却者	保護者㊞またはサイン
月 日				:					

- ≪登園時≫ 預かるお薬 ≪降園時≫ 内服後の空の包装 を保護者と看護師（保育士）で確認し、その都度、与薬依頼票に両者がサインをします。
- 投薬内容・投薬期間を変更する際は、その都度与薬依頼票をご記入、ご提出ください。