与薬依頼票（保護者→保育施設）

ニチイキッズ仙台しんてら保育園

与薬依頼票

本来、与薬は医療行為とみなされ、医師の指示に従って、看護師及び保護者が行うものとされており、入園案内兼重要事項説明書内においても、原則与薬を行わないことを明記致しております。

保育時間内での与薬が必要とならないよう医療機関へ相談し、協力を得ることを原則としますが、やむを得ず与薬が必要となる場合に限り、保護者の責任のもと、医師の指示に従ってお子様の与薬を行うことと致します。なお、当該保育施設では、医師の処方に基づく薬のみの対応に限定し、市販薬･自家製の薬及び以前に処方されて残っていた薬や兄弟姉妹の薬等はお断り致します。

上述を踏まえ、下記の内容を熟読いただき同意の上、署名及び捺印をお願い致します。

記

①与薬依頼時は、「与薬依頼票」の必要事項を記入し、薬の説明書（お薬の名称、効能・効果、用法・用量、副作用などの注意事項が書かれた書類）またはそのコピーを添付の上、ご提出ください。

②薬は１回分の預かりとします。なお、薬の容器や袋にはクラス及びお子様の名前（フルネーム）をご記入の上、職員に直接手渡しにてご提出ください。

③上記①・②のいずれか１つでも不足していた場合は与薬致しかねます。

④お子様の容態が悪化する等、緊急時の場合は保護者に連絡しますので、必ず連絡が取れるようお願い致します。

⑤与薬後、空袋や容器は降園時に返却致します。

⑥与薬により不測の事態が発生した場合、いかなる場合でも当該保育施設は責任を負いません。

⑦「食物アレルギー・アナフィラキシー内服薬」「ダイアップ坐剤」「エピペン」その他、子どもの命に直接的に関わる薬については、「緊急時処方薬与薬依頼票」での提出が必要です。別途職員へお声がけください。

以上

■以上のことに同意します。

西暦　　年　　月　　日

お子様名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

与薬依頼票

保護者にて記入をお願い致します。

クラス		生年月日	（西暦）　　年　　月　　日
対象児童名	男 女		

医療機関名			病名	
医師名				
①	薬名		薬の形状	シロップ　粉薬　カプセル 錠剤　その他（　　）
	与薬時間	昼食前　昼食後 おやつ(午後)前　おやつ(午後)後 その他（　　）	保管方法	常温　その他（　　）
			その他 注意事項	
②	薬名		薬の形状	シロップ　粉薬　カプセル 錠剤　その他（　　）
	与薬時間	昼食前　昼食後 おやつ(午後)前　おやつ(午後)後 その他（　　）	保管方法	常温　その他（　　）
			その他 注意事項	
③	薬名		薬の形状	シロップ　粉薬　カプセル 錠剤　その他（　　）
	与薬時間	昼食前　昼食後 おやつ(午後)前　おやつ(午後)後 その他（　　）	保管方法	常温　その他（　　）
			その他 注意事項	
④	薬名		薬の形状	シロップ　粉薬　カプセル 錠剤　その他（　　）
	与薬時間	昼食前　昼食後 おやつ(午後)前　おやつ(午後)後 その他（　　）	保管方法	常温　その他（　　）
			その他 注意事項	
与薬期間		20　年　月　日　～　20　年　月　日		

「保護者」欄は、印鑑もしくはサインをお願い致します。

受け渡しチェック表（毎日提出・返却）											
月日	保護者	受取者	与薬者	月日	保護者	受取者	与薬者	月日	保護者	受取者	与薬者
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			

（継続紙）

受け渡しチェック表（毎日提出・返却）											
月日	保護者	受取者	与薬者	月日	保護者	受取者	与薬者	月日	保護者	受取者	与薬者
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			

（継続紙）

与薬依頼票

受け渡しチェック表（毎日提出・返却）											
月日	保護者	受取者	与薬者	月日	保護者	受取者	与薬者	月日	保護者	受取者	与薬者
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			
/				/				/			