

保護者様

社会福祉法人神戸保育会
認定こども園 神楽こども園
園長 倉本 洋子

お薬の預かりについて

おくすりの預かりについてお知らせいたします。

お子さまにくすりを与えることは医療行為に当たるので、保育園で投薬することはできません。しかし、緊急ややむを得ない理由の時、保育士が保護者に代わって投薬します。下記のことを必ずご理解の上、ご面倒だとは存じますがご協力をお願いいたします。

◎くすりは、病院で処方されたものに限り、解熱剤・座薬はお預かりできません。

市販の薬や保護者の個人的な判断で持参した薬は保育園では対応できません。

◎担当医に、お子さまが保育園に通っていることをお話しして、原則として保育園ではくすりを飲ませられないことをお伝えして、できれば朝夕の処方にしていただけるか、ご相談をして下さい。

◎くすりは食前ではなく、食後のみであること。食前は保育の状況により投薬し難いため、医師または薬剤師に食前用でも食後に飲んで可能であるか、お聞きください。

◎園外保育時の薬の預かりは致しません。

*以上のことを十分にご理解いただきまして、どうしても投薬が必要なお子さまのみ、おくすりをお預かりいたします。

- 1、くすりは、1回ずつに分けて当日分のみ保育士に手渡しして下さい。
- 2、くすりの袋や容器にお子さまの名前、日付をしっかりと書いて下さい。
- 3、「連絡票」と「確認票」に必要事項を記入し、薬の説明書（コピーでもよい）を添えて保育士に手渡しして下さい。「連絡票」は初めの時のみ。ただし、新たな投薬には再度、添えて下さい。
- 4、お配りいたしました「連絡票」「確認票」は、各自、コピーをしてお使い下さい。

連絡票 (保護者記載用)

令和 年 月 日 記入

依頼先 神楽こども園 園長 様	
依頼者	保護者氏名 子ども氏名 男・女 連絡先 平成 年 月 日生 (歳 月)
主治医 () 病院・医院 TEL	
病名 (または症状)	
①持参したくすりは令和 年 月 日に処方された()日分の本日分	
②くすりの剤型 (該当するものに○) 粉・液 (シロップ)・外用薬・その他	
③くすりの内容 ()	
④投与時間 食後	
⑤外用薬などの使用法	
⑥その他の注意事項 薬剤情報提供 あり・なし	
保育 園 記 載	受領者サイン
	投与者サイン 投与時刻 月 日 () 時 分
	確認者サイン

連絡票 (保護者記載用)

令和 年 月 日 記入

依頼先 神楽こども園 園長 様	
依頼者	保護者氏名 子ども氏名 男・女 連絡先 平成 年 月 日生 (歳 月)
主治医 () 病院・医院 TEL	
病名 (または症状)	
①持参したくすりは令和 年 月 日に処方された()日分の本日分	
②くすりの剤型 (該当するものに○) 粉・液 (シロップ)・外用薬・その他	
③くすりの内容 ()	
④投与時間 食後	
⑤外用薬などの使用法	
⑥その他の注意事項 薬剤情報提供 あり・なし	
保育 園 記 載	受領者サイン
	投与者サイン 投与時刻 月 日 () 時 分
	確認者サイン

保護者記載	依頼者 保護者氏名 子ども氏名 薬連絡 令和 年 月 日 提出分
保育園記載	受領者サイン 投与者サイン 投与時刻 月 日 () 時 分 投与確認者サイン

保護者記載	依頼者 保護者氏名 子ども氏名 薬連絡 令和 年 月 日 提出分
保育園記載	受領者サイン 投与者サイン 投与時刻 月 日 () 時 分 投与確認者サイン

保護者記載	依頼者 保護者氏名 子ども氏名 薬連絡 令和 年 月 日 提出分
保育園記載	受領者サイン 投与者サイン 投与時刻 月 日 () 時 分 投与確認者サイン

保護者記載	依頼者 保護者氏名 子ども氏名 薬連絡 令和 年 月 日 提出分
保育園記載	受領者サイン 投与者サイン 投与時刻 月 日 () 時 分 投与確認者サイン