

保護者 様

教育委員会

薬の服用について

市内公立園におきましては誤飲や不適切な処置等を避けるため、基本的に園で薬を服用することはしないこととさせていただきます。朝夕2回の服用となるよう医師に依頼をしてください。

但し、一人一人の健康状態もありますので、アレルギー疾患や持病等でやむを得ない場合のみ対応をいたします。下記の諸注意事項をよくご覧ください。

保護者の皆様の御理解、御協力をよろしくお願いいたします。

記

【やむを得ない理由で園に薬を依頼する場合の諸注意事項】

- 1 薬を持参する場合は、「投薬依頼書」に必要事項を記載していただき、薬と一緒に担任に手渡してください。
※ 「投薬依頼書」は、園にあります。必要な方はお渡ししますので、お申し出ください。
(*裏面記入例参照)
- 2 薬はお子様を診断した医師が処方し、調合したもの、あるいは、その医師の処方によって薬局で調剤したものに限りです。
- 3 1回分を必ずジッパーの袋に入れて持参してください。水薬は小さい容器に移してください。その際、薬の袋や容器に名前を必ず記載してください。
- 4 「熱がでたら飲ませる」「咳がでたら…」「発作がでたら…」など症状を判断して与えなければならない場合、園としてはその判断ができませんので、その都度、保護者の方に来ていただくか、連絡をすることになります。
- 5 長期間、継続して服用しなければならない薬（花粉症や皮膚炎など）の場合は、御相談ください。
- 6 「投薬依頼書」を忘れた場合は、薬は飲ませることはできません。

* 熱がある時や体調が優れない時は、家庭で回復に向けてゆっくり休ませていただき、元気になってから登園するようにお願いします。

記入例

投薬依頼書

袋井市立〇〇園

- ◆ 原則として園では投薬できません。やむを得ない場合のみ、お受けします。
- ◆ 記入の上、担任に必ず説明をして、薬と一緒に渡すようにしてください。
- ◆ 市販の薬はお預かりいたしません。
- ◆ 裏面に薬の説明書（コピー可）を必ず添付してください。
- ◆ 必要に応じて、医師からの依頼書を一緒に提出してください。
- ◆ 薬は必ずジッパーの袋に入れて、個々に記名して持たせてください。
- ◆ 園で服用した薬の袋はお返しします。服用した確認として御家庭で捨ててください。
- ◆ 以前服用して、具合が悪くなったことがある薬剤につきましては、園では投与いたしません。

※ 各項目の該当事項に ○を付ける 数量 などの記入をお願いします。

依頼日	令和6年 4 月 8 日 (月)				
クラス名	3歳児 もも 組				
園児名	袋 井 幼 子				
保護者名	袋 井 太 郎				
連絡先	自宅または、勤務先など	電話番号	4 4 - 3 1 2 1		
病名	花粉アレルギー	病院名	〇〇 耳鼻咽喉科		
		医師名	〇 〇 〇 〇		
病院での処方日	令和6年 4 月 8 日 (月)				
薬の保管場所	<input checked="" type="radio"/> 室温 <input type="radio"/> 冷蔵庫 <input type="radio"/> 他 ()				
飲み薬	顆粒 1包	錠剤 錠	カプセル 個	水薬	種類
塗り薬	チューブ 本	湿布薬 枚	目薬 1種類		
その他					
薬の飲み方	食前 <input checked="" type="radio"/> 食後 食間 その他 ()				
薬の飲ませ方 ※外用薬などの 使用法	※具体的にお書きください。				
※ 継続の場合は、毎日提出または、保護者が直接依頼書に記入しに来てください。					
投薬依頼日	4 / 8 (月)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
朝の体温	36.5℃	℃	℃	℃	℃
受付教諭					
投薬教諭					
投薬時刻	:	:	:	:	:
連絡事項					

投薬依頼書

袋井市立袋井東幼稚園

- ◆ 原則として園では投薬できません。やむを得ない場合のみ、お受けします。
- ◆ 記入の上、担任に必ず説明をして、薬と一緒に渡すようにしてください。
- ◆ 市販の薬はお預かりいたしません。
- ◆ 裏面に薬の説明書（コピー可）を必ず添付してください。
- ◆ 必要に応じて、医師からの依頼書を一緒に提出してください。
- ◆ 裏面に薬の説明書（コピー可）を添付してください。
- ◆ 薬は必ずジッパーの袋に入れて、個々に記名して持たせてください。
- ◆ 園で服用した薬の袋はお返しします。服用した確認として御家庭で捨ててください。
- ◆ 以前服用して、具合が悪くなったことがある薬剤につきましては、園では投与いたしません。

※ 各項目の該当事項に ○を付ける 数量 などの記入をお願いします。

依頼日	令和 年 月 日 ()				
クラス名	歳児 組				
園児名					
保護者名					
連絡先			電話番号		
病名			病院名		
			医師名		
病院での処方日	年 月 日 ()				
薬の保管場所	室温 冷蔵庫 他 ()				
飲み薬	顆粒 包	錠剤 錠	カプセル 個	水薬 種類	
塗り薬	チューブ 本	湿布薬 枚	目薬 種類		
その他					
薬の飲み方	食前 食後 食間 その他 ()				
薬の飲ませ方 ※外用薬などの 使用法	※具体的にお書きください。				
※ 継続の場合は、毎日提出または、保護者が直接依頼書に記入しに来てください。					
投薬依頼日	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
朝の体温	℃	℃	℃	℃	℃
受付教諭					
投薬教諭					
投薬時刻	:	:	:	:	:
連絡事項					

薬の説明書等貼付欄