



たぐま幼稚園での投薬について

主治医様

たぐま幼稚園
園長 山口美智江

幼稚園での園児への投薬及び薬の保管は原則としてできませんが、どうしても園で服用しなければならない場合のみ幼稚園で担任が行います。お薬を処方される際は、できるだけ保育時間（9：00頃～15:00頃）を除く時間帯で服用できる様な薬の処方（朝夕2回など）でお願い致します。（園での投薬が必要ではない場合はこの用紙は必要ではありません）

また症状に合わせて担任が判断しなければならない薬や保管に注意が必要な薬等は事故を防ぐ為に投薬は行えません。

どうしても幼稚園で投薬しなければならない薬は、投薬指示書にご記入をよろしくお願います。尚、この指示書がない薬に関しては投薬致しません。



投薬指示書

※裏面の投薬依頼表は保護者の方が記入をし、園までお持ち下さい。

園児名					
診断名					
薬の種類について (該当する欄に○ もしくは記入)	粉薬	薬品名	種類	袋	食前・食間・食後
	錠剤	薬品名	種類	錠	食前・食間・食後
	シロップ	薬品名	種類	cc	食前・食間・食後
	シロップ保管方法： 室温・冷蔵				
	外用剤	薬品名	種類	個	食前・食間・食後
外用剤使用方法：					
具体的な使用方法：					
その他の注意事項：					
20 年 月 日		医療機関名：			
		電話番号：			
		医師名：			
					㊞



投薬依頼票

20 年 月 日記入

_____組 園児氏名_____

確認事項 (☑ を入れ確認をお願いします)

- 必ず主治医の先生から投薬指示書に記入をして頂いて下さい。
- どうしても必要な際にこの投薬依頼票を使用して下さい。必ず病院で処方されたものに限ります。市販薬は禁止です。
- お薬は必ず一回分にし、薬の袋や容器に園児名を必ず記入し投薬依頼票と一緒に直接職員に手渡して下さい。
- 園児が薬を嫌がる場合は投薬が出来ない事もあります。
投薬できない場合は薬を返却します。
- 処方内容に変更が無い場合、投薬依頼票の有効期限は原則として処方日から5日以内です。
変更がある場合は新しい投薬依頼票をご提出下さい。



投与確認記録票

投与日	投与者氏名 (クラス担任)	保護者氏名
20 年 月 日	Ⓜ	Ⓜ
20 年 月 日	Ⓜ	Ⓜ
20 年 月 日	Ⓜ	Ⓜ
20 年 月 日	Ⓜ	Ⓜ
20 年 月 日	Ⓜ	Ⓜ
20 年 月 日	Ⓜ	Ⓜ

以上私は園内で投与するお薬についてたぐま幼稚園クラス担任に一任します。

_____組 保護者氏名_____ Ⓜ