

## <こども園での薬の取扱いについて>

薬を持参しての登園は本来、健康なお子さまをお預かりするこども園として、また誤飲などのあらゆる事故を防ぐ意味でも、望ましいものではありません。

できるだけお家での安静を大切になさってください。

- ① ～⑨全ての記入をお願いします。
- ② ・・病名がはっきりしない時は症状をお書きください。
- ③ ・・症状に応じて記入して下さい。  
登園前の体温も記入して下さい。
- ⑦ ・・食間や時間指定薬は、原則としてお受けできません。  
特別な理由がある場合には職員にご相談下さい。
- ⑨ ・・薬局などでもらう薬の菜用や副作用が書かれたものがあれば添付して下さい。ない場合には、処方された時の説明をもとに○をつけて下さい。特に副作用が強い場合や、特別な取扱いが必要な場合は手渡させる時にも一声お伝え下さい。

### お願い

\*必ずボールペンなど消えないペンでご記入をお願いします。

\*病院に受診の際、園で服用しなくていいように処方できないか、主治医にご相談下さい。

例えば、2回の服用（朝、夕）又3回服用の場合なら登園前・夕方（自宅に帰ってから）・就寝前など、工夫してご協力をお願いします。

\*市販薬は受け付けておりません。また頓服薬は原則として行いません。

\*内服薬は1回分だけお預かりします。水薬の場合は小さめの容器に1回分入れてください。

\*アトピーやアレルギーなどで長期に服用が必要なお子様は、職員にご相談下さい。

\*長期使用の薬の場合（軟膏、点眼薬含む）は、くすり受付票は1週間ごとに再記入をお願いします。内容が変わった場合はその時点で記入してください

\*誤薬を防ぐために、薬の袋、容器には日付、クラス名、名前、与薬時間を記入して下さい。

\*登園前に受診し1回も使用していない処方薬はアレルギー反応や副作用などの出現の恐れがあるため、自宅で一度使用し変わりはないか様子をみながら園に持参して下さい。

ご協力よろしくお願いします。

## くすり受付表

年 月 日

保護者名                      印                       
 児童名                      (                      組)

今日の連絡先

4

病名または症状	今日の状態	病院名など
2	3	小児科 耳鼻科 眼科 病院 5月 日 処方 薬局
6 薬の種類	今日の体温      °C	上記病院での調剤
・水薬を      本 ・粉薬を      包 (内服薬は1回分、食前食後のみ)	飲む(使う)時間 7 食前 食後	飲ます(使用)方法 ・そのまま飲ます ・水にといて飲 8
・目薬を      種類	時頃	・右・左・両目にさす
・ぬり薬を      種類	時頃	・どこに      ぬる (具体的に書いて下さい)
薬の情報書		※薬にも名前を記入し、保育士に直接手渡してください。 くわしくは、くすり受付表の記入の仕方をご覧ください。 ※下記の部分は必要なところを記入してください。 1. 病院・薬局の電話番号  病院 (      ) 薬局 (      ) 2. 要冷蔵の薬(水薬・目薬・その他      )
・添付あり	・添付なし	
9 添付しない場合には 主な薬の内容を記入 ・抗生剤      ・咳止め ・整腸剤      ・下痢止め ・かゆみ止め      ・ステロイド剤 ・その他		

### 施設記入欄

受領時間	受領者サイン	備考
/ (      ) :		

くすり受付表

年 月 日

保護者名 _____ 印		今日の連絡先
児童名 _____ ( _____ 組)		
病名または症状	今日の状態	病院名など
		小児科 耳鼻科 眼 科 病 院
		月 日 処方 薬 局
	今日の体温 _____ °C	上記病院での調剤
薬の種類	飲む(使う)時間	飲まず(使用)方法
・水薬を _____ 本 ・粉薬を _____ 包 (内服薬は1回分、食前食後のみ)	食前  食後	・そのまま飲まず  ・水にといて飲まず
・目薬を _____ 種類	時 頃	・右・左・両目にさす
・ぬり薬を _____ 種類	時 頃	・どこに _____ ぬる (具体的に書いて下さい)
薬の情報書		※薬にも名前を記入し、保育士に直接手渡してください。 くわしくは、くすり受付表の記入の仕方をご覧ください。 ※下記の部分は必要なところを記入してください。 1. 病院・薬局の電話番号  病院 (      ) 薬 局 (      ) 2. 要冷蔵の薬(水薬・目薬・その他 _____ )
・添付あり	・添付なし	
添付しない場合には 主な薬の内容を記入		
・抗生剤                  ・咳止め ・整腸剤                  ・下痢止め ・かゆみ止め          ・ステロイド剤 ・その他		

施設記入欄

受領時間	受領者サイン	備考
/ (   ) :		

くすり受付表

年 月 日

保護者名 _____ 印		今日の連絡先
児童名 _____ ( _____ 組)		
病名または症状	今日の状態	病院名など
		小児科 耳鼻科 眼 科 病 院
		月 日 処方 薬 局
	今日の体温 _____ °C	上記病院での調剤
薬の種類	飲む(使う)時間	飲まず(使用)方法
・水薬を _____ 本 ・粉薬を _____ 包 (内服薬は1回分、食前食後のみ)	食前  食後	・そのまま飲まず  ・水にといて飲まず
・目薬を _____ 種類	時 頃	・右・左・両目にさす
・ぬり薬を _____ 種類	時 頃	・どこに _____ ぬる (具体的に書いて下さい)
薬の情報書		※薬にも名前を記入し、保育士に直接手渡してください。 くわしくは、くすり受付表の記入の仕方をご覧ください。 ※下記の部分は必要なところを記入してください。 1. 病院・薬局の電話番号  病院 (      ) 薬 局 (      ) 2. 要冷蔵の薬(水薬・目薬・その他 _____ )
・添付あり	・添付なし	
添付しない場合には 主な薬の内容を記入		
・抗生剤                  ・咳止め ・整腸剤                  ・下痢止め ・かゆみ止め          ・ステロイド剤 ・その他		

施設記入欄

受領時間	受領者サイン	備考
/ (   ) :		