



与薬について

一般社団法人晴れの国保育協会

当園では、日常最も大切とされる安全・安心な保育を行うために、医療行為である薬の与薬は保育者が行えないことになっております。軽い擦り傷などの怪我については、流水でよく洗いカットバンをします。また、虫刺され薬などを塗りこむ様な対応ができない為、ご自宅から虫よけ対策をするなどの工夫をお願いします。

与薬が必要な体調のお子様は家庭保育をするなど、安静に過ごすようにしてください。また、お近くの病児保育可能な施設などをあらかじめ調べておくことで、お子さんの急な体調不良に対応できるかと思えます。また、ご家族で対応について話し合っておくようにしてください。

保育園での与薬が必要な方は、与薬時間を家庭にいる時間帯になるよう、主治医に相談してください。

例 1: 与薬の時間帯を、登園前、降園後、寝る前などに調整できるかどうか主治医に確認しておく

例 2: 可能な限り、一日 3 回の処方を 2 回に調節してもらう。

例 3: 塗り薬や点眼は与薬時間を家庭にいる時間にできないか主治医に相談する。

例 4: 保育中に与薬が必要な場合、保護者の方が与薬をしに園に来てもらうことは可能です。

※何時に誰が来られるのか必ず職員にお知らせしてください。

注意 1: 与薬調整について、必ず医師の指示を仰ぎ、自身で判断されないようお願いいたします。

注意 2: 保育園での与薬が必要な方は、『与薬に関する主治医意見書』『与薬依頼確認書』の提出が必要となります。枠内の内容をご確認の上、取り扱いの程よろしくをお願いします。

1. 保育所での与薬について

お子さんの与薬はやむを得ない場合に限り、保護者の責任のもとで保護者の方に代わって保育園の担当者が与薬するものとします。また、保育園での与薬については主治医の指示がない場合はお受けできません。主治医には、保育時間中の与薬はやむを得ない場合のみであることお伝えしてください。

2. 必要書類

A「与薬に関する主治医意見書」(以下、A と記載)

B「与薬依頼確認書」(以下、B と記載)

※ホームページからダウンロードできます。

3. 注意事項

①市販薬は与薬できません。

②複数の与薬がある場合は、1 種類ごとに A、B が必要になります。

③場合によっては、対応できないことがあります。

④痙攣やアレルギーの為の与薬に関しては、他の必要書類があります。必要な方は職員までお尋ねください。

⑤薬にはすべて名前と与薬日が分かるように消えないマジックで記載してください。

⑥薬は、当日分のみ一回の与薬量が分かるように持参してください。

⑦塗り薬や目薬など一回分に分けにくい場合は一回の分量をお知らせ頂き、そのままご持参してください。毎日持ち帰るようにしてください。

⑧日付を超過した薬は与薬できません。

⑨同じ薬を続けて処方された場合でも、処方の度に A、B の提出が必要となります。

⑩お子さんが薬を強く嫌がったり、飲みこぼしてしまった場合は与薬不可能な場合があります。その場合、連絡が必要な方は、前以てお知らせください。連絡いただけない場合は、降園時にお知らせすることとなります。

主治医 様

日頃より、児童の健康管理にご協力を賜り誠にありがとうございます。当園には薬剤を専門に管理する職員がいないため、原則として与薬は行っておりませんが、時間与薬の必要な薬剤、食事関連性の強い薬剤、熱性痙攣の予防薬など、医師が必要と認めただけのものに限って与薬することとしています。

つきましては、先生のご意見をいただきたく、以下の意見書にご記入をお願いします。なお、抗菌剤（一部の疾患を除く）を含めて流行性感冒に対する与薬は認めておりませんので、ご承知おきくださいますようよろしくお願い申し上げます。

一般社団法人 晴れの国保育協会

14. A 与薬に関する主治医意見書

20 年 月 日

児童名 _____

20 年 月 日 生

医療機関名

主治医名

印

病名			
薬		①	②
	名称		
	剤型		
	与薬時間	食前・食間・食後・ その他()	食前・食間・食後・ その他()
	使用期限	年 月 日 まで	年 月 日 まで
	保管方法	常温・冷蔵庫・ その他()	常温・冷蔵庫・ その他()
	備考		

※記入頂いた期間を超過した場合は対応出来ないため、詳しい期間の指示をお願い致します。

5. 主治医コメント

B 与薬依頼確認書

①保護者記入欄

※あらかじめ登園前に記入しておいてください。

保育園名		クラス名	
児童氏名		生年月日	

②保育士確認欄

※あらかじめ登園前に記入しておいてください。

病名			
医療機関			
薬		①	②
	名称		
	剤型		
	与薬時間	食前・食間・食後・ その他()	食前・食間・食後・ その他()
	与薬方法		
	使用期限	年 月 日 まで	年 月 日 まで
	保管方法	常温・冷蔵庫・ その他()	常温・冷蔵庫・ その他()
	備考		

薬の内容を確認しました。

職員氏名

印

③保護者署名欄

※印鑑のご用意をお願い致します。

上記のとおりで相違ありませんので、保護者に代わって与薬をお願いします。 与薬の行為により何らかの問題が生じたとしても、一切の責任は問いません。	
年 月 日	保護者氏名
	印

④与薬情報

与薬情報		①	②
	与薬日		
	与薬時間		
	与薬者	氏名 印	氏名 印
	返却する薬の有無	有・無	有・無