

園での園児の薬について

園では、事故防止のため、原則園児の薬を預かり与えることはできません。そのため、まずは主治医に薬の回数を相談してください。

その上で、やむを得ず保護者が薬を与えることができない場合は、必要書類を添えて園へ依頼してください。

1 必要書類

「薬剤情報書」：主治医が記入（費用は保護者負担になります）

「くすり依頼書」：保護者が記入

＊必要書類は、園にあります。

＊薬剤情報書の内容（使用基準、使用時間等）はより具体的に記入するよう主治医に依頼してください。

2 薬について

（１）預かることができる薬

医師が処方したもの、あるいは医師の処方によって薬局で調剤したもので、原則一回分です。

（２）預かることができない薬

- ・必要書類の添付がない薬。
- ・当日分を越える日数分の薬。
- ・園児が初めて使用する薬。（けいれん予防薬やアレルギー発作に対応する薬は可）
- ・「熱が高いとき」「咳が出るとき」「発作が起きたとき」などのように、園で症状を判断する必要のある薬。
- ・処方薬と同等の薬効のある薬品であることを証明できないジェネリック薬品。
- ・市販薬や保護者の個人的な判断で持参した薬。

3 その他注意事項

（１）依頼する薬は、必ず「薬剤情報書」と「くすり依頼書」を添付し、氏名が明記された薬の容器・薬の袋に当日分の薬を入れて提出してください。

翌日からは、「くすり依頼書」と一緒に当日分の薬を提出してください。

（２）「くすり依頼書」は様式１（内服薬・外用薬・注射薬用）と様式２（座薬・頓用等）があります。

（３）薬を長期間使用する必要がある場合、処方分の薬が終了し、同じ薬を更新した際には、新しい「くすり依頼書」（様式１）を提出してください。

（４）抗けいれん薬の座薬等は、１枚の「くすり依頼書」を用いて園で最長１か月間の預かりが可

能ですが、1 か月経過しても座薬等を使用しなかった場合は、一旦、座薬等を持ち帰り、使用期限等をご確認ください。

継続して預ける場合は、新しい「くすり依頼書」(様式 2) とともに座薬等を預けてください。

(5) 抗けいれん薬の座薬、抗アレルギー薬以外の薬は、毎日お持ち帰りください。

(6) くすり使用の途中で医師の指示変更(用法・用量など)があった場合は、新しい「薬剤情報書」と「くすり依頼書」を提出してください。

また長期間使用し途中で年度が替わる場合は、新しい「薬剤情報書」と「くすり依頼書」を提出してください。

(7) 預ける薬が複数になる場合は、「くすり依頼書」はそれぞれの薬に対して1 枚ずつ提出してください。

(8) 診察時の医師の説明を十分ご確認の上で、「くすり依頼書」を記入してください。

(9) 薬を使用した場合は、降園時に「くすり依頼書」保護者確認欄に保護者サインをしていただきます。

(10) 降園の際に、薬を与えた時の状況などをお話して、薬の容器・袋をお返しします。

(11) 当日使用しなかった薬は、降園の際にお返しします。

(12) 必要な場合は、そのつど連絡をさせていただきますので、必ず連絡が取れるようにご協力ください。

(13) ジェネリック薬品をお使いの場合は、処方箋の薬剤名(保護者から医師に依頼する薬剤情報書)と実際に使用する薬剤名が異なる場合がありますので、処方薬と同等の薬効のあるジェネリック薬品であるとわかるもの(薬局から薬剤と共に添付される書類や、おくすり手帳)をコピーしたものをくすり依頼書と一緒に提出してください。

(14) 不明な点は、園にご確認ください。

令和 年 月 日

主治医 様

 ルンビニ幼稚園 園長

薬剤情報書の記入について（依頼）

平素、園児の健康管理につきまして、ご指導ご協力をいただきありがとうございます。

園では、事故防止等のため、園児のくすりについては家庭での投与をお願いしています。

しかし、やむを得ない事情の場合には、主治医が記入した「薬剤情報書」と保護者が記入した「くすり依頼書」により、保護者からくすりの投与を園に依頼された場合に限り、園の職員が保護者に代わって与えることとしています。

この度、下記の園児につきまして、保護者からくすりの投与を園に依頼されましたので、ご診察の結果、園においてくすりの投与が必要な場合は、別紙「薬剤情報書」にご記入の上、保護者にお渡しくださいようお願いいたします。

なお、薬剤情報書に係る費用は、文書料として保護者に請求していただきますよう、よろしくお願いいたします。

記

園 児 氏 名 _____

保護者氏名 _____

Tel _____

園 名 _____

Tel _____

薬剤情報書

_____ ルンビニ幼稚園 園長 宛

下記の者について、薬剤情報を提供します。

園児氏名		男・女	年 月 日生
病名			
薬剤名			
用法等			
注意事項（具体的に記入してください）			

令和 年 月 日

医療機関名_____

電話番号_____

医師氏名_____