

与薬依頼について

リトルビーンズでは、健康な乳幼児の集団生活の場でありますことから原則としてスタッフによる与薬の取り扱いは行わないこととしてますが、医師の指示などで、やむを得ず保育時間中の与薬が必要となる場合に限り、下記により与薬の取り扱いを行うこととしますので、ご相談下さい。

お子さまの健康を守るために、慎重に対応していきたいと考えておりますのでご理解をお願いします。なお、登園前または、帰宅後に服薬が可能な薬につきましては、ご家庭で服用していただきますようお願い致します。

記

1. 与薬の依頼について

- 事前に医師と相談し、リトルビーンズでの与薬がどうしても必要と指示があった場合に限りです。
- 「坐薬および解熱剤」や「吸入薬」は、薬の性質から与薬できませんが、医師からの指示等がある時はご相談ください。
- 「与薬依頼書」に必要事項を記入の上、薬とともに提出してください。
- 「与薬依頼書」は、依頼するごとに必ず、提出してください。

2. 依頼する薬について

- 医師から処方された薬のみとし、**市販薬や自家製の薬はお預かりできません。**
- 粉薬は1回分を持参してください。**
- 点眼薬、塗り薬等はそのままお持ちください。(必ず名前を記入)
- シロップなどの水薬は1回分を取り分けてお持ちください。**
- どの薬にも必ず**フルネームで名前を記入**してください。
- 以前に処方されて残っていた薬、兄弟姉妹などの薬は与薬できません。

3. 与薬依頼に係る確認について

- 熱、食欲、下痢の有無、機嫌や顔色の良し悪し、前日（夜）からの状況などの健康状態を確認させていただきます。
- 「与薬依頼書」をもとに、薬の用法（薬の種類・服薬方法・時間等）を確認させていただきます。

4. 注意事項

- 薬局などからの薬剤情報提供文書等を同封**してください。(コピー可)
- ジッパー付きの袋（名前を記入）**に入れ、スタッフに手渡ししてください。

与薬依頼書

依頼期間	年 月 日 ~ 年 月 日 () 日間										
園児名	生年月日 年 月 日										
保護者名	印又はサイン										
緊急連絡先	— — 携帯・職場										
医療機関名 (担当医師名) 電話番号	— —										
病名											
薬の種類	投薬方法										処方日
内服薬 (1)	服用時間 : 昼食(前・間・後) 服用方法 : そのまま 水で溶く その他										
内服薬 (2)	服用時間 : 昼食(前・間・後) 服用方法 : そのまま 水で溶く その他										
塗り薬	回数 回 ・ 患部 : いつ ()										
点眼薬	回数 回 (時間 : 時間ごと) 患部 (右眼 ・ 左眼)										
その他											

日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
保護者											
受付者											
投薬者											

きりとり