

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を行わないこととしておりますが、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、ご相談ください。

お子さん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用すること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いたします。

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、依頼してください。

- ・「坐薬および解熱剤」や「吸入薬」は、薬の性質から与薬はできません。
- ・「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.与薬する薬について

- ・医師から処方された薬についてのみとし、市販薬や自家製の薬はお預かりできません。
- ・1回分を持参してください。(外用薬は1回量でなくてもお預かりします。)
- ・薬は、ジュースやミルクに溶かさず、粉末は分包されたまま、シロップ等の水薬は1回分を取り分けて混ぜずにお持ちください。
- ・薬をいれた容器や袋には、お子さんの名前を必ず書いてください。
- ・以前に処方されて残っていた薬や、兄弟姉妹の薬などは、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、前夜からの状態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・服用方法・時間等)を確認させていただきます。

4.連絡先について

- ・お子さんの具合が悪くなった場合は、すぐに連絡しますので、その日の保護者の連絡先を必ずお知らせください。

与薬依頼書 (Medication request form)

依頼日 平成 年 月 日			
保護者名		印	
緊急連絡先		(- -)	
氏名	(平成 年 月 日生)		
医療機関名 (担当医師名)	(電話:)		
病名			
薬の種別	投薬方法 (用法・用量等)		薬の処方された日
内服薬 (1)	服用時間	食 (前・間・後) 分	月 日
	服用方法	そのまま 水で溶く その他	
内服薬 (2)	服用時間	食 (前・間・後) 分	月 日
	服用方法	そのまま 水で溶く その他	
塗り薬	回数	回 (時間)	月 日
	患部	()	
点眼薬	回数	回 (時間)	月 日
	患部	(左目 ・ 右目)	
			月 日

【注意事項】

- < 1 > 薬局などからの薬の説明書を同封してください。(コピー可)
- < 2 > 薬は1回分を持参ください。
- < 3 > 薬を入れた容器や袋には、必ず氏名を記載するとともに、内服薬などが複数の場合には、それぞれ (1)、 (2) と記載してください。
- < 4 > 「坐薬および解熱剤」や「吸入薬」は、薬の性質から与薬はできません。
- < 5 > **スタッフに直接手渡しをお願いします。**

日付							
保護者							
受付者							
投薬者							

