

与薬依頼票について

1. 主治医の診察を受けるときには、お子様が現在〇〇時から〇〇時まで保育園に在園していること、及び保育園では原則として薬の使用が出来ない旨をお伝えのうえ、なるべく朝・夕の2回の与薬で済むよう、主治医とご相談ください。昼の与薬が必要な場合はその旨が記載された処方箋をご提出ください。
2. お子様への与薬は、万全を期するため「与薬依頼票」に必要事項を記載していただき、薬に添付して保育園の職員に直接手渡していただきます。本来は保護者の方が登園して与薬いただくのが原則ですが、やむを得ない場合かつ保護者の方が登園できない場合には、保護者と園側で話し合いのうえ、保育園の担当者が保護者に代わって与薬いたします。
3. 薬はお子様を診察した医師が処方し調剤したもの、又はその医師の処方によって薬局で調剤したものに限りです。保護者の個人的な判断で持参した薬は、保育園では与薬できません。
4. 座薬の使用は原則として行いません。熱性けいれん等、やむを得ず使用する場合は医師からの具体的な指示書を添付してください。(初めて使用する座薬については対応できません。)尚、使用に当たっては、その都度保護者の方にご連絡しますので、ご承知ください。
5. 「熱が出たら飲ませる」「咳が出たら・・・」「発作が起こったら・・・」というように症状を判断して与薬しなければならない場合、保育園としてはその判断ができません。その都度保護者の方にご連絡することになりますので、ご承知ください。
6. 溶連菌感染症、慢性の病気(気管支炎・てんかん・アトピー性皮膚炎・糖尿病などのように、経過が長引くような病気)の日常における投薬や処置については、保育所保育指針によって、お子様の主治医又は囑託医の指示に従うとともに、相互の連帯が必要となります。
7. 家庭から持参する薬について
 - (1) 医師が処方した薬には必ず「与薬依頼票」及び「薬剤情報提供書」を添付してください。
 - (2) 薬は必ず園の職員に直接手渡してください。
 - (3) 薬は一回ずつに分けてご用意ください。水薬も一回ずつ容器に入れてください。
 - (4) 袋や容器には必ず園児名と日付を記入してください。
「与薬依頼票」は保育園でも入手できます。

平成29年4月より、神戸市内の投薬に対応する就学前施設では、薬の預かりについて、対応を統一することとなりました。

園に登園する子どもたちは、本来、集団生活に支障がない健康状態にあり、通常では園で薬を扱うことはありません。ただし、医師の指示により、やむをえない場合については、これまで提出していただいた保護者が記入された「与薬依頼票」とともに医師の記入した「与薬に関する主治医意見書」を提出していただくことになりました。あわせて「与薬に関する主治医意見書」の裏面には、与薬する薬の医薬品情報(写)を添付してください。

「与薬依頼票」と「与薬に関する主治医意見書」の様式につきましては、常時、園に設置しております。また、「与薬に関する主治医意見書」につきましては、神戸市のホームページにも様式を掲載しておりますのでご活用いただき、必要と思われる際は、医療機関にご持参いただくようお願いいたします。

子どもたちが集団の中で、健康、安全に安心して過ごせるよう、ご理解ご協力いただきますようお願い申し上げます。

与薬に関する主治医意見書

主治医 殿

日頃、園児の健康管理にご協力賜りありがとうございます。
 さて、神戸市の就学前施設では、原則として与薬の代行を行っておりませんが、抗痙攣薬のように時間
 与薬の必要な薬剤、食事関連性の強い薬剤、痙攣治療薬、皮膚疾患治療薬など、医師が特に必要と認め
 たものに限って与薬することになっています。

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必要な事項をご記入願います。

なお、アレルギーの頓服薬、エピペンの預かりについては、「園におけるアレルギー疾患生活管理指導
 表」で提出いただきますので、本意見書は必要ありません。

神戸市医師会

神戸市こども家庭局幼保事業課

----- 切り取り線 -----

与薬に関する主治医意見書

有効期限 令和 年 月 日から

園名 垂水せんしん保育園

令和 年 月 日まで

園児名 _____

年 月 日生 (男・女)

施設での与薬を必要とする理由			
1. 投薬時間が施設滞在時間にあたるため。 2. その他 ()			
病名		おもな症状	
処方内容	(使用薬・1回使用量等)		
投与方法	1. 内服 2. 外用		
注意すべき副作用		その 対処法	

注意事項： 1 与薬に当っては薬の使用状況を正確に記録するとともに、これを保護者に伝達し、
 必要な場合には直接医師に確認をとるようにして下さい。

2 急変時に与薬した場合や、副作用を生じた場合には、早急に主治医を受診するよう
 保護者に指示をしてください。

医療機関 _____ 医師 _____
 (連絡先) () (医師印不要)

(※ 保護者様 裏面に医薬品情報(写)を添付してください →)

※ 保護者様 ※ 下記に与薬する薬についての医薬品情報（写）を添付してください

与 薬 依 頼 票

依頼先	保育園名	宛
依頼者	保護者氏名 子ども氏名	⑩ 連絡先 電話 歳 カ月
持参したくすり	年 月 日に処方された	日分のうち本日分
保育園記載	受領者サイン	月 日 午前・午後 時 分
	保管時サイン	月 日 午前・午後 時 分
	投与者サイン 実施状況など 投与なし 担当者サイン	投与時間 月 日 午前・午後 時 分
連絡票、薬返却時保護者サイン		