

保護者の方へ《保育関係施設でのくすりについて》

1 お子さんのくすりは、保育関係施設での生活の中で与える必要がある時は、保護者が来て与えることが基本です。しかし実際にはそうはいかないので、保護者と保育関係施設とで話し合いのうえ、担当者が保護者に代わってくすりを与えることとなります。

したがって、安全のために主治医からの「与薬指示書」をくすりに添えて保育関係施設に持参してください。

2 くすりは、お子さんを診察した医師が処方した調剤のもの、あるいはその医師の処方によって薬局で調剤したものに限り、保護者の個人的な判断で持参したくすりは保育関係施設では対応できません。

3 坐薬の使用は原則としておこないませんが、熱性けいれんの予防などでやむを得ず使用する場合は医師からの具体的な指示をいただいでください。なお、使用にあたってはその都度保護者に連絡しますのでご了承ください。ただし、初めて使用する坐薬については対応できません。

4 使用するくすりは、1回分ずつに分けて当日分のみお持ちください。袋や容器には必ずお子さんの氏名を記載してください。

5 主治医の診察を受けるときは、お子さんが〇〇時～〇〇時まで保育関係施設に行っていること、保育関係施設では原則としてくすりの使用ができないことをお伝えの上、2回/日の与薬が可能なものは、保護者から申し出てください、その様に処方していただくようお願いしてください。

前橋市こども未来部こども施設課
幼保連携型認定こども園あおぞら総社

各医療機関の先生方へ

当市の保育関係施設においては、看護師等がない場合は基本的には登園時間内における与薬はおこなっておりませんが、病気の種類や状況によっては、与薬を全面的に拒否することは生命に関わる場合もあります。

よって、与薬は慎重におこなうことはもちろんですが、保護者が保育関係施設での保育時間中に希望される場合が多く見られるのが実情です。

そこで主治医の先生のご意見や諸注意をいただきながら、個人に合わせた対応をしていきたいと考えておりますので、与薬指示書の記載にご協力の程お願いいたします。

与薬時間について、保育時間中でなく、朝・夕刻等に時間変更可能なものにつきましては、保護者にその旨を指導ください。

なお、解熱剤の保育関係施設での使用は認められませんので、ご理解いただき、保護者へもその旨ご指導いただければ幸いです。

*発熱時の坐薬等の使用については、熱性痙攣の予防を目的としての、与薬に限らせていただき、与薬指示書は、一年間有効とさせていただきます。

前橋市こども未来部こども施設課

前橋市園医委員会

| | 受領日 | 受領者サイン | 与薬日時 | 実施状況 | 与薬者サイン |
|--|-----|--------|------|------|--------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

保
育
施
設
記
載

〈医療機関用〉

与薬指示書

令和 年 月 日

医療機関名 _____

保護者 _____ 様 医師名 _____ 印

| | | |
|----------------------------------|------------------------------|----------------|
| (ふりがな) 児童氏名 | 男 女 | 年 月 日生 歳 か月 |
| 病 名 | | |
| 薬の種類 | | |
| ① _____ 粉・シロップ・その他 (_____) | | |
| ② _____ 粉・シロップ・その他 (_____) | | |
| ③ _____ 粉・シロップ・その他 (_____) | | |
| 1 回 量 指 示 及 び 時 間 | ① _____ 粉・シロップ・その他 (_____) | |
| | ② _____ 粉・シロップ・その他 (_____) | |
| | ③ _____ 粉・シロップ・その他 (_____) | |
| 保育施設における与薬の注意 | | |
| 今後の方針 (与薬の期間、通院状況など) | | |
| その他 | | |