

投薬指示書

初回 ・ 継続

しんじゅくいるまこども園

園長 小川明美殿

医療機関 住所
名称
医師名
電話番号

㊞

診断日時 令和 年 月 日

《主治医様》

・預かることができるお薬は、ステロイドが入っていない塗り薬、ダイアップ、エピペン・アレロック等の食物アレルギー対応薬のみとなっています。それ以外は原則預かることが出来ませんのでご了承ください。点眼薬や解熱剤、抗生剤などの処方薬、下痢止め、整腸剤、市販薬もお預かり出来ません。

・長期投与の薬剤は3ヶ月に1回の受診をお願いしております(ダイアップ・食物アレルギー対応薬は1年)ので、投薬指示の初回は本紙右上の初回に○、再診時は継続に○をお願い致します。

下記の指示書のとおり、貴園（しんじゅくいるまこども園）において投薬してください。

【医療機関 記入欄】

病名・症状				
薬剤名	個数	処方日	年 月 日	
投薬期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで ・長期投与の薬剤に関しましては3ヶ月に1度の再受診をお願いしております			
使用箇所	内服 顔 腕 首 腹部 背中 臀部 足 その他 ()			
使用時間	・昼食後・その他 (時頃) ・抗けいれん剤 () °C以上で挿肛・誤食確認時 ・アレルギー症状出現時 (症状) ※延長保育時間中は原則投薬しません			
投薬上の注意点 (例：副作用として眠気やふらつき 等)				

しんじゅくいるまこども園 園長 小川明美殿

医師の指示・処方を受けましたので、保護者の責任において貴園での本児に対する投薬をしていただきたく依頼します。

【保護者 記入欄】

園児氏名	クラス
保護者氏名	薬剤名
服用方法 (例：白湯に溶かしてスプーンで等) 注意事項 (冷所保管・遮光保管等)	

【当園 記入欄】

本紙を預かった職員	看護師

《保護者様》

- ・当園では原則お薬の投薬は行っておりません。点眼薬・点鼻薬、整腸剤、市販薬もお預かりできません。預かることができるお薬は、ステロイドが入っていない塗り薬、ダイアップ、エピペン・アレロック等の食物アレルギー対応薬のみとなっています。
- ・必ず医療機関に受診し投薬指示書の医療機関記入欄を記入してもらってください。保護者が医師である場合も、該当する診療科への受診をお願いします。
- ・お薬の説明書はコピーして投薬指示書とともに提出してください。
- ・既往歴や持病があり、長期投薬が必要な場合などは事前に当園に相談をして園の承認を受けてください。
- ・長期投薬のお薬に関しましては3ヶ月に1度の再受診をお願いしております。
但し、ダイアップ、食物アレルギー対応薬に関しましては1年に1度の再受診をお願いしております。
- ・お薬のお預かりは原則、登園時にお薬をお預かりし、降園時に返却しております。
(ダイアップ、食物アレルギー対応薬は除く)
- ・お薬とお薬に関する書類は必ず職員に手渡ししてください。安全の観点から、置いてあるだけのものは投薬できません。
- ・上記要件に一つでも不備があった場合（書類などの未記入・誤記入等を含む）は、お薬をお預かりすることが出来ません。例えお薬をお預かりした後において不備等を発見した場合でも同様に投薬を実施出来ません。事故防止・健康管理に関する重要事項ですので、悪しからずご了承ください。

しんじゅくいるまこども園