

社会福祉法人豊川保育園 **与薬指示依頼・同意書**

住 所

園児氏名

生年月日 年 月 日生

・診 断 名:

・症 状:

・薬 品 名:

・薬品の効果・効能:

・与薬 方法: 与薬時間 部位など

・その他注意点: 与薬後の嘔吐・排便等の際の対応・与薬後の重要観察項目など

・指示書の有効期間:

書類作成日 20 年 月 日

医療機関名・電話番号

主治医氏名 サイン又は印

与薬代行依頼書・同意書(保護者記入)

豊川保育園 宛

上記医師歯科医師に指導を受け処方薬の投与を保育園に一任いたします

与薬に関連した副作用や症状、疑いのある場合も含め一切の責任を問いません

上記内容に同意いたします。 20 年 月 日

保護者同意サイン

園記入 実施日時 年 月 日 () 時 分 サイン

主治医殿

豊川保育園では、原則として与薬の代行を行っていませんが、医師が『保育園お預かり時間内でも必要』と認める場合に限り、下記具体的条件で、必要かつ最小限の与薬対応の相談に応じています。

具体的条件とは、皮膚への軟膏の塗布（褥そうの処置を除く）、点眼薬の点眼、一包化された内服薬の内服（舌下錠の使用も含む）、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。

薬をお預かりするときには、個人情報に配慮した扱いをし、他児への投与が無いようダブルチェック体制で行うことを徹底しております。また、与薬には医療の知識がなく専門研修を受けていない不特定多数の職員が対応することもあります。その旨をご了承の上ご指示を願います。

保育園での与薬が決まりましたら、裏の与薬指示依頼書にご記入の上、保護者にお渡しく下さい。

御手数をおかけいたしますが、よろしく願いいたします

社会福祉法人豊川保育園