

## 服薬介助内容確認及び同意書

※保護者様をご記入ください

提出日	年 月 日		
園児名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳 ヶ月

### 【お子さまへの服薬介助について】

本来、投薬は医療行為とみなされているため、医師の指示に従って、看護師及び保護者が行うものとされています。しかし、お子様をお預かりする時間内に、やむを得ず服薬が必要となる場合に限り、記事項をご了承の上、医師の指示に基づいた保護者の責任のもと、お子様の服薬のお手伝いを行うことといたします。下記の内容をご熟読の上、ご署名及び捺印をお願いいたします。

記

- ①医師の処方に基づく薬に限定し対応いたします。
- ②解熱剤・市販薬・自家製の薬及び、以前に処方されて残っていた薬や兄弟姉妹の薬等はお断りいたします。
- ③服薬介助時は、必要事項を記入し薬の説明書を添付の上ご提出をお願いいたします。
- ④薬は1回の服薬分ごとに分け、容器や袋にはお子様のお名前のご記入をお願いいたします。
- ⑤お預りした薬については、誤って内服することのないように管理を徹底し、複数の保育者で、重複与薬・人違い・予約量の誤認・与薬忘れ等がないように確認致します。
- ⑥お子様の様態が悪くなった場合は、ご連絡させていただきます。

以上

受診した 医療機関	院名			受診日	年 月 日		
	電話						
病名				保管場所	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他( )		
薬名	状態 (○で囲む)			色	服薬時間		備考
	シロップ・粉薬・錠剤・カプセル 他( )				昼食 前・後 おやつ 前・後 その他( )		
	シロップ・粉薬・錠剤・カプセル 他( )				昼食 前・後 おやつ 前・後 その他( )		
医師から処方された期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
服薬介助依頼日		/	/	/	/	/	/
※：日付けの記入と押印（サイン）を 下さい。但し、医師の処方期間内での 受付に限ります。	保護者						
	保育園						

※薬の説明書コピーを裏面に添付してください※

・医師の診療を受け、保護者の指示・責任のもと、服薬介助を依頼します。

## &lt;&lt;服薬介助内容 継続依頼書&gt;&gt;

※服薬介助依頼が6日以上同じ薬で継続して依頼がある場合は下記に記載をして **服薬介助内容確認及び同意書**

(1枚目)に貼り付けてご利用ください。

服薬介助依頼日		/	/	/	/	/	/
※：日付けの記入と押印（サイン）を下さい。但し、医師の処方期間内での受付に限ります。	保護者						
	保育園						
服薬介助依頼日		/	/	/	/	/	/
※：日付けの記入と押印（サイン）を下さい。但し、医師の処方期間内での受付に限ります。	保護者						
	保育園						
服薬介助依頼日		/	/	/	/	/	/
※：日付けの記入と押印（サイン）を下さい。但し、医師の処方期間内での受付に限ります。	保護者						
	保育園						
服薬介助依頼日		/	/	/	/	/	/
※：日付けの記入と押印（サイン）を下さい。但し、医師の処方期間内での受付に限ります。	保護者						
	保育園						
服薬介助依頼日		/	/	/	/	/	/
※：日付けの記入と押印（サイン）を下さい。但し、医師の処方期間内での受付に限ります。	保護者						
	保育園						
服薬介助依頼日		/	/	/	/	/	/
※：日付けの記入と押印（サイン）を下さい。但し、医師の処方期間内での受付に限ります。	保護者						
	保育園						
服薬介助依頼日		/	/	/	/	/	/
※：日付けの記入と押印（サイン）を下さい。但し、医師の処方期間内での受付に限ります。	保護者						
	保育園						
服薬介助依頼日		/	/	/	/	/	/
※：日付けの記入と押印（サイン）を下さい。但し、医師の処方期間内での受付に限ります。	保護者						
	保育園						
服薬介助依頼日		/	/	/	/	/	/
※：日付けの記入と押印（サイン）を下さい。但し、医師の処方期間内での受付に限ります。	保護者						
	保育園						