

## 与薬の依頼について(お願い)

当園は、原則として健康体保育となっております。

毎朝、**お子さんの様子(顔色、食欲、便状)**を把握し、**必ず検温**を行い体調の確認を行ってから、登園してください。前の晩～登園の朝にかけて体調に変化(咳・鼻水・微熱・下痢等)がありましたら、**ノートや健康チェックカード記入の上、必ず職員(担任、当番の職員)に口頭でお伝えください。**

子どもの病気の場合、家庭で安静に過ごすことが体力の回復につながります。薬を持参しての登園は本来望ましくありませんが、治療の必要があり、**医師の指示がある場合**に限り薬をお預かりします。お互いの連絡を密にすることで、お子さんの健康を守り、元気で楽しく生活できるよう、家庭と保育園で協力していきましょう。

**<お願い>…必ずお読みになった上で、記入をお願いします。**

**\* 診察を受けたとき**

- 保育園の登園が可能かどうか、必ず聞いてください。**
- 1日3回飲ませる薬は、「朝」・「保育園から帰ってすぐ」・「寝る前」の3回、または、「朝」・「夜」の2回にしてもらえるかどうか相談してみてください。

**\* 医師の処方により、やむを得ず持参する場合の薬は、次のようにお預かりします。**

- 与薬依頼書に記入してください。
- 薬は1回量(シロップでも)にし、薬本体にも名前を記入**してください。
- 与薬依頼書と薬は直接、**職員に手渡し**してください。

**\* その他**

- 解熱剤、下痢止め、市販薬はお預かりできません。
- お子さんの状況などにより、指示どおりの与薬ができない場合もありますのでご了承ください。
- 薬剤情報提供書をお持ちの方は、添えて提出**してください。

----- 切り取り線 -----

提出日 年 月 日

与薬依頼書

受付職員名

クラス名		処方年月日
園児名		年 月 日
病名		
薬の内容	カゼ薬(咳止め・鼻水止め)	
	抗生剤、 整腸剤、 化膿止め	
	気管支拡張剤、 目薬、 かゆみ止め	
	その他( )	
薬の種類	粉薬 包、シロップ 本、塗り薬 本、その他( )	
与薬時間	食前、 食後 その他( )	
病院(医院)名		
持参者		
備考		

与薬時間	
与薬職員名	

(医師記入)

# 登園許可書

椎の実保育園 園長 殿

入園児童名

年 月 日 生

(病名) (該当疾患に☑をお願いします。)

<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	風しん
<input type="checkbox"/>	水痘(水ぼうそう)
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱(プール熱)
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症 (O-157 O26 O111等)
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

年 月 日から登園可能と判断します。

年 月 日

医療機関名

医師名

※かかりつけ医の皆さまへ

保育園は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人ひとりの子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症について登園許可書の記入をお願いします。

※保護者の皆さまへ

上記の感染症について、子どもの病状が回復し、かかりつけ医により集団生活に支障がないと判断され、登園を再開する際にはこの「登園許可書」を保育所に提出してください。

医師記入

# 登園許可書

椎の実保育園 園長 殿

入園児童名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 月 日 生

病名 「 インフルエンザ 型 」

年 月 日に発症し、 月 日に解熱し集団生活に支障がない  
状態になったので 年 月 日より登園可能と判断します。

\_\_\_\_\_ 年 月 日

医療機関名

医師名

Ⓜ