

保護者の皆様へ

河南町立中村こども園  
保健室

## お薬の預かりについて

### ※令和8年1月より、お薬を預ける際の『服用依頼書』が変更になります。

薬は、基本的にはご家庭での与薬をお願いしています。

医師の処方・指示により、やむを得ず保育中の与薬が必要な場合のみ、下記要領で対応が可能です。

※医師に処方を受ける場合は、2回／日（朝夕）の薬に変更の相談や、保育時間の調整などのご検討をお願いします。

#### 記

○園で預かる薬は、病院で医師が処方、調剤した薬のみです。市販薬は預かることはできません。

○与薬は給食後のみです。

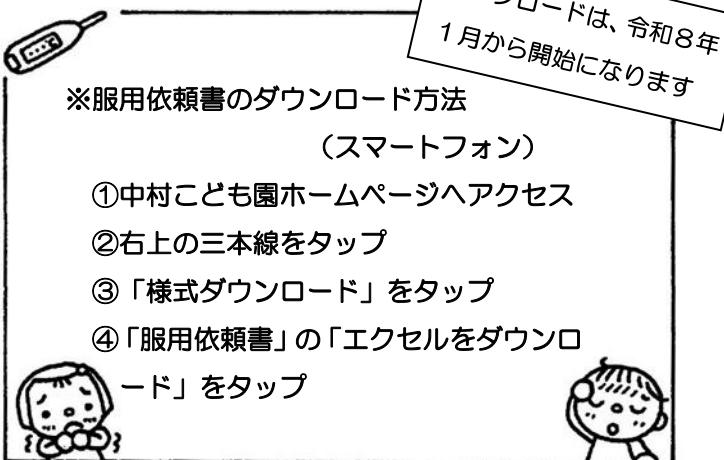
○下痢止め、痛み止め、以前処方を受けた薬、症状により与薬の判断が必要な薬は預かりません。

#### 薬の預け方について 以下の3点が必要です。

- 1回分の薬（軟膏や目薬等はその限りではありません）
- 薬剤情報提供書（『お薬の説明書』『医院や薬局名の入った薬袋』『お薬手帳』のコピーなどでも可）
- 『服用依頼書』→必要事項を記入、与薬依頼日に日付記入と保護者印を押印してください。

※特に投与指示の1日当たりの回数と期間を明記してください。

- 薬、袋には一つずつ名前を記入してください。
- 服用依頼書はご家庭で記入し、上記3点すべてをチャック付きの袋に入れて、職員に手渡しで預けてください。バス登園の園児は、バス職員乗車に手渡しで預けてください。
- 手渡しで預かっていない薬や上記3点に不足がある、
- 投与指示期間を超えた薬については、与薬・対応できませんのでご理解ください。
- ご協力、よろしくお願ひします。



ご自宅のプリンター等でプリントアウトしてください。  
※プリントアウトにかかる費用は、保護者負担になります。ご了承ください。

服用依頼書				
医療機関を受診し、処方を受けました。 医師の指示期間加療が必要なため、保育中の与薬をお願い致します。				
中村こども園 組 氏名				
受診日 年 月 日				
病名（診断名・症状）				
受診した医療機関名				
薬の処方内容（該当するものに○をつけてください）				
形 状	入れ数	内 容		
水薬	本	抗生物質	咳止め	整腸剤
粉薬	袋	抗アレルギー薬		
軟膏	本	その他（	）	
目薬（右 左）	本			
処方（服用指示）期間 ※明記してください				
月 日～月 日まで				
回／日 日間分処方				
④与薬依頼日に日付を記入し、保護者印を押印してください				
与薬依頼日	/	/	/	/
保護者印				
与薬者				