

令和7年7月18日

保護者各位

学校法人福丸学園  
認定こども園武岡幼稚園  
武岡みらいえこども園

### 園における与薬の取り扱いについて（改定）

「認定こども園教育・保育要領」において、認定こども園は、健康な子どもたちの集団生活の場であるという点、及び、与薬が医療行為と見なされる点から、保育時間中に園で薬を与える場合は、医師の指示に基づいた薬に限定されています。

これにより、当園でも、やむを得ず与薬の必要がある場合は、保護者が医師の名前・薬の種類・服用方法を具体的に記載した与薬依頼書を提出してもらうことになりました。

なお、状況によっては医師の診断書・指示書が必要な場合があります。

#### 1 与薬の依頼

- ① **与薬依頼書**に必要事項を記入し、園児名を記入した袋に**薬・与薬依頼書**・薬局などからの**薬剤情報提供書**の写しを入れてください。朝登園した際、お子様を引き渡した職員に**必ず手渡しで渡してください**。バスで登園する場合は、それらをバス添乗員に渡してください。**与薬依頼書**は依頼のたびに提出します。（1日1枚）
- ② 薬は1回分をご持参ください。（軟膏薬などの場合は除きます）  
シロップなどの水薬は1回分ずつ容器に入れて持たせてください。
- ③ 薬の容器・袋に**園児氏名を必ず記入**してください。

#### 2 与薬対象としない薬

- ① 市販薬、以前に処方されて残っていた薬。
- ② 「熱がでたら・・・」「咳がでたら・・・」「発作が起こったら・・・」というような、症状を判断して与薬しなければならない「解熱剤」「吸入薬」「座薬」は原則として対応できません。  
熱性けいれん予防薬、その他医師の判断で治療上、薬の使用を必要とする場合はご相談ください。

#### 3 以下のような場合は与薬できませんのでご了承ください。

- ① 上記「1 与薬の依頼」の①～③に**不備があるとき**。
- ② お子さまが服用を嫌がったり、吐いたりして飲ませられないとき。

※お子さまの安全確保のため、できるだけ家庭で服用できるように、医師と相談してください。

※与薬依頼書は、園のホームページでもダウンロードできます。

# 与薬依頼書

認定こども園武岡幼稚園 園長様

武岡みらいえこども園 園長様

医師との相談の結果、医師の指示により、園での保育時間中における与薬が必要となりました。つきましては、保護者の責任において与薬を依頼します。

|                |                                        |     |                    |      |              |
|----------------|----------------------------------------|-----|--------------------|------|--------------|
| 依頼日            | 令和 年 月 日                               |     |                    | 保護者名 | 印            |
| 園児組名           | 組                                      |     | 園児名<br>(令和 年 月 日生) |      |              |
| 医療機関名<br>担当医師名 | (TEL — — )                             |     |                    |      |              |
| 病 名            |                                        | 症 状 |                    |      |              |
| 薬の種別           | 与薬方法                                   |     |                    |      | 薬の処方<br>された日 |
| 内服薬 (1)        | 服用時間：食 (前・間・後) 分<br>服用方法：そのまま・水で溶く・その他 |     |                    |      | 月 日          |
| 内服薬 (2)        | 服用時間：食 (前・間・後) 分<br>服用方法：そのまま・水で溶く・その他 |     |                    |      | 月 日          |
| 塗り薬            | 回数 回 (時間 )<br>患部 ( )                   |     |                    |      | 月 日          |
| 点眼薬            | 回数 回 (時間 )<br>患部 (左目・右目)               |     |                    |      | 月 日          |
| 緊急連絡先          | 父 母<br>その他 ( )<br>○印をつけてください           |     | TEL ( — — )        |      |              |
| その他            |                                        |     |                    |      |              |

|             |     |  |     |  |      |  |
|-------------|-----|--|-----|--|------|--|
| 処<br>理<br>欄 | 受付者 |  | 与薬者 |  | 与薬時間 |  |
|             |     |  |     |  |      |  |