

保護者の方へ

保育所（園）・幼稚園でのくすりの取扱いに際しての取り決め

1. 原則として、保育所（園）・幼稚園ではくすりの取扱いはいたしません。保育所（園）・幼稚園（以下、園と略します）で、保育士・教諭が保護者に代わってくすりをお子さんへ与えることは、事故などいろんな問題を含んでいますので、原則としてくすりの取扱いはいたしません。主治医の先生へは医師会から同様の連絡が行われていますので、診察を受ける際は、「お子さんが園に通っていること」、「園では原則としてくすりを与えられないこと」を必ず伝え、昼間のくすりについてご相談ください。
 2. 止むを得ない理由の時には、保護者と園との信頼関係において、園の担当者が保護者に代わってくすりを与えることを考慮します。くすりを与える場合は、できるだけ事故がおこらないよう、以下の要領を必ず守っていただきます。
 - （1）園でくすりを与える場合は、安全性の確保のために「連絡票」に必要事項を記載していただき、くすりとおわせて園の担当者に手渡していただきます。記載漏れや記載不備がある場合はくすりを与えられないことがあります。
 - （2）園で与えるくすりは、診察した医師が処方したものに限り、薬剤情報提供書（くすりについての注意などを記載した文書）がある場合は一緒にご提出ください。保護者が個人的な判断で持参したくすりは与えられません。
 - （3）お子さんが今までに使用したことのない新しいくすりは、園での使用時に発疹や嘔吐などの思わぬ副反応が生じる恐れがありますので与えられません。園で預かる場合は、少なくとも一度は保護者が与えたくすりに限ります。
 - （4）以下のような場合は、園ではくすりを与えられないことがあります。
 - a. お子さんが服薬を嫌がったり、吐いたりして飲ませられない時。
 - b. 水薬の色が変わったり、濁ったり、性状が変わったと判断される時。
 - c. その他、保育士・教諭の判断により不都合と判断された時。
 - （5）発熱時の解熱剤や抗けいれん剤（けいれん止め）、喘息発作時の気管支拡張剤（発作止め）など、園の担当者の判断を必要とするくすりは原則として与えられません。ただし、お子さんにとって極めて有用と考えられる場合には、前もって医師と保護者と園の間で相談し、3者の連携の上で使用することを考慮します。
- * 1：くすりの使用に際しては必ず保護者に連絡し指示を受けた後に行います。
- * 2：それぞれのくすりの有効期限等を考慮し、適宜新しいくすりに交換してください。

(6) くすりを与える際の取り決め

- a. 「食前」、「食後」、あるいは「3時頃」など、くすりを与える時間を指定することはできません。園において最もくすりを与えやすい時間(正午から午後3時まで)での服薬になります。
- b. 特殊な時間での服薬や長時間の服薬を希望する時には、医師と保護者と園との3者間で協議し、くすりを預かるか否かを決めます。
- c. 使用するくすりは1回づつに分けて、当日使用分のみをご用意ください。
- d. くすりの袋や容器には、必ずお子さんの名前を記載してください。
- e. 慢性疾患以外の疾患で、園での服薬が2週間を超えた場合は、園から主治医へ保護者を通じて、その後の園での服薬の必要性を確認することがあります。

(7) 医師の文書について

- a. 園でのくすりを与える場合には、医師が必要事項を記載し署名した「投薬情報書」が必要です。
- b. 「投薬情報書」に対して、文書料を請求されることがあります。
- c. 医師が診察の上、お子さんが園での集団生活を控え、家庭あるいは病児保育施設等での療養が望ましいと判断した場合、あるいはその他の理由で、医師は「投薬情報書」を発行しないことがあります。
- d. 処方内容に変更がなければ、「投薬情報書」は原則として7日間は有効です。
- e. 処方内容の変更があれば、新規の「投薬情報書」が必要になります。

福岡市医師会乳幼児保健委員会
保育所(園)・幼稚園保健検討会

投薬情報書 1 (常用薬用)

保護者記載欄

子どもの氏名	予定帰宅時間： 時 分頃
--------	-----------------

医師記載欄

くすりの内容 抗生物質 咳止め 下痢止め 整腸剤 外用剤 その他 () 薬剤情報提供 (あり ・ なし)
上記の薬を「昼」に服用 (日分)、塗布するように処方しました 処方日 年 月 日 薬の有効期限 年 月 日 署名：

投薬情報書 2 (頓用薬用)

保護者記載欄

子どもの氏名	予定帰宅時間： 時 分頃
--------	-----------------

医師記載欄

くすりの内容 () 薬剤情報提供 (あり ・ なし)
上記の薬を () の時に、使用するよう処方しました 処方日 年 月 日 薬の有効期限 年 月 日 署名：

連 絡 票

保護者記載欄			
子どもの氏名			
医療機関名、医師名 _____		病・医院 _____ 先生	
(緊急時に連絡がとれるように記載してください)		TEL :	
病名または症状			
与薬を依頼するくすりの種類と数			
	(月 日)	(月 日)	(月 日)
粉 薬 _____ 種	_____ 種	_____ 種	_____ 種
シロップ _____ 種	_____ 種	_____ 種	_____ 種
(保管は室温・冷蔵)			
外用剤 _____ 種	_____ 種	_____ 種	_____ 種
外用剤の使用法			
その他の注意事項			

月 日	受 領 者 サ イ ン	投 与 時 間	投 与 者 サ イ ン
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	

処方内容の変更がなければ、連絡票の有効期限は原則として処方日から7日以内です。

処方内容の変更があれば、新規の連絡票をご提出ください。