

主治医様

もみのき保育園

日頃は保育園児の健康管理にご尽力いただきまして有難うございます。

保育園では原則として投薬をしないことになっておりますが、保育時間中にどうしても与薬を必要とする場合は下記「与薬指示書」にてご指示いただきますようお願いいたします。

与薬指示書

下記保育園児について、当院で加療中ですが、登園の際は保護者に代わり与薬をお願いします。

保育園名： _____ 園児氏名： _____

病名（または症状）:

薬の処方内容（該当するものに○をつけてください）

形状	内容
散薬（1回 袋）	・ 抗生剤 ・ 咳止め ・ 鼻水止め
シロップ（1回 CC）	・ 痛み止め ・ 整腸剤
その他	・ 抗アレルギー剤
	その他

1. 園での与薬時間 (○をつけてください)
食前 食後 その他 ()
2. 処方期間 年 月 日 ~ 月 日

《与薬にあたっての注意事項》

年 月 日

医療機関名

住所

電話

担当医師氏名

登 園 届（保護者記入）

もみのき保育園施設長 殿

認定こども園もみのき井口園 殿 卸センター・もみのき保育園 施設長 殿

入所児童氏名

年 月 日 生

病名（該当疾患に ☒ をお願いします）

☐	溶連菌感染症
☐	マイコプラズマ肺炎
☐	手足口病
☐	伝染性紅斑(リンゴ病)
☐	ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等)
☐	ヘルパンギーナ
☐	R S ウイルス感染症
☐	带状疱疹しん
☐	突発性発しん

(医療機関名) (年 月 日受診) において

病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので

年 月 日より登園いたします。

年 月 日

保護者氏名

【保護者の皆様へ】

保育園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発生や流行を、できるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが1日快適に生活できるよう、上記の感染症については、登園の目安を参考に、かかりつけ医の診断に従い、登園届の記入及び提出をお願いします。

医師の診断を受け、保護者の記入した登園届が必要な感染症

医師の診断を受け、保護者が登園届を記入することが考えられる感染症

感染症名	感染しやすい期間	登園のめやす
溶連菌感染症	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後1日間	抗菌薬内服後24～48時間が経過していること
マイコプラズマ肺炎	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後数日間	発熱や激しい咳が治まっていること
手足口病	手足や口腔内に水疱・潰瘍が発症した数日間	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
伝染性紅斑(りんご病)	発しん出現前の1週間	全身状態が良いこと
ウイルス性胃腸炎(ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等)	症状のある間と、症状消失後1週間(量は減少していくが数週間ウイルスを排出しているので注意が必要)	嘔吐、下痢等の症状が治まり、普段の食事がとれること
ヘルパンギーナ	急性期の数日間(便の中に1か月程度ウイルスを排出しているので注意が必要)	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
R S ウイルス感染症	呼吸器症状のある間	呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと
带状疱疹しん	水疱を形成している間	すべての発しんが痂皮(かさぶた)化していること
突発性発しん	—	解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと

※感染しやすい期間を明確に提示できない感染症については(－)としている。

厚生労働省

保育所における感染症ガイドラインより抜粋

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、お願いします。			
依頼日	R	年	月 日
依頼先	もみのき 保育園		
園児名		保護者名	㊞
病名	病院名		病院での処方日 R 年 月 日
薬の内容 抗生剤 下痢止め 咳止め 外用薬（塗薬・点眼）			
投与時間	昼食前		3時おやつ前
	昼食後		3時おやつ後 その他（ ）
受付保育士		印	与薬保育士 印

※解熱剤・市販の薬は一切お預かりいたしませんので、ご了承ください。

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、お願いします。			
依頼日	R	年	月 日
依頼先	もみのき 保育園		
園児名	保護者名		⑨
病名	病院名	病院での処方日 R 年 月 日	
薬の内容 抗生剤 下痢止め 咳止め 外用薬(塗薬・点眼)			
投与時間	昼食前	3時おやつ前	
	昼食後	3時おやつ後 その他()	
受付保育士		印	与薬保育士 印

※解熱剤・市販の薬は一切お預かりいたしませんので、ご了承ください。

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、お願いします。			
依頼日	R	年	月 日
依頼先	もみのき 保育園		
園児名	保護者名		印
病名	病院名	病院での処方日 R 年 月 日	
薬の内容 抗生剤 下痢止め 咳止め 外用薬(塗薬・点眼)			
投与時間	昼食前 3時おやつ前 昼食後 3時おやつ後 その他()		
受付保育士	印	与薬保育士	印

※解熱剤・市販の薬は一切お預かりいたしませんので、ご了承ください。

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、お願いします。			
依頼日	R	年	月 日
依頼先	もみのき 保育園		
園児名	保護者名		印
病名	病院名	病院での処方日 R 年 月 日	
薬の内容 抗生剤 下痢止め 咳止め 外用薬(塗薬・点眼)			
投与時間	昼食前 3時おやつ前		
	昼食後 3時おやつ後 その他()		
受付保育士		印	与薬保育士 印

※解熱剤・市販の薬は一切お預かりいたしませんので、ご了承ください。