

### 投 薬 の 代 行 に つ い て

医療関係の報道が多い昨今です。幼稚園として、保護者の方の代わりにお子様に投薬することの是非について、毎年悩んでいます。

医師法第17条に「医師でなければ、医業をなしてはならない」。即ち、医師以外が、治療行為・診断行為・投薬行為を行なってはならないという内容の条文があります。

小学校では、如何なる場合でも投薬を代行しないということです。園としても投薬の代行を控えさせていただくことを原則と致しますが、次の書類（様式1と様式2、又は様式1と様式3）が提出された場合に限り、投薬の代行をさせていただきます。

（様式1） 同意書（きつい表現ですが、最大限の注意のもとに投薬致します）

（様式2） 医師よる指示書（安全を期す為できるだけご提出下さい）

（様式3） 保護者による指示書（様式2の提出ができない場合ご提出下さい）

（様式4） 持病のある方は、様式1・2又は様式1・3と共に提出下さい

お子様の健康な身体を維持できるよう、十分な睡眠をとらせて下さい。また、かぜ等で体調のすぐれない時は、ご家庭でゆっくり休養をとって下さい。

かすり傷の場合でも消毒しバンドエイドを貼ることは厳密に言うと医師法違反になるのでしょうね。何の処置もせず、放置することで化膿等の問題が起こることのほうが、よほど問題だと思います。バンドエイドについては、貼ることで精神的に安心するおまじないとして、対応させていただきます。

尚、（様式2）の指示書を発行してもらえない場合は、（様式3）で届けて下さい。酔い止めに関しては、持参下されば、同意書のみで投薬致します。

✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ -----

（様式1）

|   |     |
|---|-----|
| <h3>同 意 書</h3>  |     |
| 私は、保護者の代わりに担任が投薬することによって起こり得るすべての問題に対して、その責任を一切問いません。 |     |
| クラス   | 園児名 |
| 病 名   |     |
| すぎの森幼稚園長殿   |     |
| 令和 年 月 日  |     |
| 保護者氏名   |     |

(様式2)

主治医 殿

すぎの森幼稚園

園長 吉野浩司

保護者の同意のもとに、幼稚園が投薬の代行をする上で、ご指示等を頂きますようお願い致します。

✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ -----

(様式2)

## 医療機関による指示書

下記の者に、保護者同意の上、次の通り投薬すること。

患者名 ----- 平 熱 -----  
病 名 -----

薬名と投薬量 -----

投薬の時期 -----

投薬上の注意 -----

その他の注意 -----

病気を起こした時の処置及び手当て法 -----

すぎの森幼稚園長殿

令和 年 月 日

医師名 ④

住 所

電話番号

保護者氏名 ④

住 所

電 話 番 号

緊急連絡先

(様式3)

保護者各位

すぎの森幼稚園

園長 吉野浩司

医療機関で指示書の発行が不可能な場合、幼稚園が投薬の代行をする上で、保護者の方からご指示等を頂きたくお願い致します。

✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ -----

(様式3)

## 保護者による指示書

下記の者に、保護者同意の上、次の通り投薬すること。

園児名 -----

病名 ----- 平熱 -----

薬名と投薬量 -----

投薬の時期 -----

投薬上の注意 -----

その他の注意 -----

病気を起こした時の処置及び手当て法

すぎの森幼稚園長殿

令和 年 月 日

保護者氏名

㊟

住所

電話番号

緊急連絡先

(様式4)

保 護 者 各 位

す ぎ の 森 幼 稚 園

この様式は、園として既往症や持病等を把握しておくことにより、お子様の急変にできるだけ適切に対応するためのものです。できるだけ具体的にご記入下さい。

様式1・2、又は様式1・3 と共にご提出していただくことにより、投薬の代行を行ないます。

✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ -----

(様式4)

### 持 病 等 の 届 け 出

|                                   |       |       |        |
|-----------------------------------|-------|-------|--------|
| クラス                               | ..... | 園児名   | .....  |
| 平 熱                               |       |       | .....℃ |
| 病 名                               | ..... |       |        |
| いつ起きましたか                          | ..... |       |        |
| どんな症状でしたか                         | ..... |       |        |
| 発症直前の様子は                          | ..... |       |        |
| 処置・手当て法は                          | ..... |       |        |
| 既往症はありますか                         | ..... |       |        |
| 主治医名                              | ..... |       |        |
| 住 所                               | ..... |       |        |
| 電話番号                              | ..... |       |        |
| 緊急連絡先 (連絡のとりやすい電話番号から順に数字を入れて下さい) |       |       |        |
| 保護者名                              | ..... |       |        |
| ご自宅電話番号                           | ( )   | ..... |        |
| (母)携帯電話番号                         | ( )   | ..... |        |
| (父)勤務先名                           | ..... |       |        |
| 電話番号                              | ( )   | ..... |        |
| 携帯電話番号                            | ( )   | ..... |        |
| その他の連絡先                           | ..... |       |        |
| 氏名                                | ..... |       |        |
| 電話番号                              | ( )   | ..... |        |
| 携帯電話番号                            | ( )   | ..... |        |