

田原市生涯学習課長 様

内服薬等の投薬・処置時の介助協力について（依頼）

児童クラブ _____ 児童氏名 _____

我が子は、下記のとおり病気の治療をしていて、急に体調を崩し内服等の必要が生じたり、処置が必要になったりする場合があります。このことをご理解いただき、内服薬等の投薬・処置時の介助協力をお願いいたします。

記

保護者記入欄

1 病名

2 医薬品名

3 医薬品使用方法と注意事項

【使用が必要な症状（どんな時に使用するか）】

【使用方法】

【薬の保管場所】※クラブでの薬の保管は基本的にできません（冷暗所保管の薬を除く）。ランドセルの内側ポケット等わかりやすい場所での保管をお願いします。

夏季以外：

夏季期間：

4 医薬品使用時の家庭連絡先

連絡順 ① 続柄 _____ 連絡先 TEL (_____)

② 続柄 _____ 連絡先 TEL (_____)

③ 続柄 _____ 連絡先 TEL (_____)

5 主治医

病院名 (_____) 連絡先 TEL (_____)

6 緊急時のことを考慮し、本表に記載された内容を、生涯学習課と児童クラブ指導員の間で共有することに同意しますか。 【 同意する ・ 同意しない 】※○で囲んでください。

7 児童クラブ指導員による投薬・処置時の介助協力について全ての責任は保護者が負います。

保護者名 _____ (自署)

生涯学習課・クラブ確認欄

生涯学習課長	課長補佐兼係長	担当	主任指導員	指導員

