

けいれん止めの座薬依頼書

依頼先	二 川 保 育 園		
保 護 者 記 載	依頼者	保護者名： 印	
		組 園児名：	
	病院名：	()	科) 電話：
	①薬品名()		
	持参した薬は、令和 年 月 日に処方されたものです。年度末まで園で保管して下さい。		
②保管：	せんせいのへやの冷蔵庫		
③発熱時のけいれん予防：	体温が 度以上の時。		

保護者記載	依頼日： 令和 年 月 日 ()		
保 育 園 記 載	投薬者サイン []	使用日時： 月 日 時 分	
	☆挿肛時の状況など		
	連絡時の体温	午前・午後	時 分 度
	けいれん	なし・あり	けいれん時間： 時 分 ~ 時 分
	その他の様子		

保護者記載	依頼日： 令和 年 月 日 ()		
保 育 園 記 載	投薬者サイン []	使用日時： 月 日 時 分	
	☆挿肛時の状況など		
	連絡時の体温	午前・午後	時 分 度
	けいれん	なし・あり	けいれん時間： 時 分 ~ 時 分
	その他の様子		

保護者記載	依頼日： 令和 年 月 日 ()		
保 育 園 記 載	投薬者サイン []	使用日時： 月 日 時 分	
	☆挿肛時の状況など		
	連絡時の体温	午前・午後	時 分 度
	けいれん	なし・あり	けいれん時間： 時 分 ~ 時 分
	その他の様子		

※主治医意見書を添付して下さい。

※3月末には薬と共にお返しますので、新たに次の枠の依頼日を記入し、薬・主治医意見書と共に提出して下さい。(この用紙は、3回分使えます)

※年度途中で変更する場合には、申し出て下さい。

※薬を使用後は、次の枠の依頼日を記入し、薬と共に提出して下さい。

主治医意見書

名前 _____

診断名 _____

上記の患者様は、_____ を熱性けいれん予防目的に使用することが望ましいと判断します。

【使用方法】

_____ 坐薬（用量 _____ mg） _____ 個を、発熱 _____ 度の時に、挿肛する。

【注意事項】

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

主治医名 _____ 印

..... 以下は保護者記入欄

承諾書

《園での対応について》

- ・緊急連絡先一番の保護者へ連絡し、坐薬使用有無の判断を仰ぎますので、必ず連絡が取れるようにして下さい。
- ・保護者より坐薬使用の依頼を受けた場合は、坐薬の挿入は保育士が行います。
- ・坐薬はせんせいのへやの冷蔵庫に保管します。

《ご家族に承諾して頂きたいこと》

- ・登園前に検温と体調を確認して頂き、熱がある時はご家庭で安静にして下さい。
- ・坐薬使用後は、速やかにお迎えに来て下さい。
- ・家で坐薬を投薬した時は、ご家庭で安静にして下さい。（2度目の坐薬は園では行えません）
- ・薬はお預かりした年の年度末までとし、年度毎に薬と同時に主治医意見書と別紙の依頼書も更新して下さい。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 上記の事を確認・承諾致します。

保護者氏名 _____ 印