

けいれん止めの座薬依頼書

保護者記載	依頼先	二川保育園	記載年月日	年 月 日()	
	依頼者	保護者名:			
		組 園児名:			
	主治医	氏名:		電話:	
		病院名:		(科)	
①薬品名:	() 持参した薬は、 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:	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()				
③発熱時のけいれん予防:	体温が 度以上の時。				

保育園記載	投薬者サイン []	使用日時:	月 日 時 分	
	☆服薬の状況など			
	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			

※ 医師の指示書のコピーを添付して下さい。

※ 年度途中で変更する場合は申し出てください。

けいれん止めの座薬依頼書

保護者記載	依頼先	二川保育園	記載年月日	年 月 日()	
	依頼者	保護者名:			
		組 園児名:			
	主治医	氏名:		電話:	
		病院名:		(科)	
①薬品名:	() 持参した薬は、 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:	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()				
③発熱時のけいれん予防:	体温が 度以上の時。				

保育園記載	投薬者サイン []	使用日時:	月 日 時 分	
	☆服薬の状況など			
	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			

※ 医師の指示書のコピーを添付して下さい。

※ 年度途中で変更する場合は申し出てください。