

# 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        | 平成 年 月 日( ) |
|              | 依頼者        | 保護者名:<br>組 園児名:                                  |              |             |
|              | 主治医        | 氏名:<br>病院名:                                      | 電話:<br>( )科) |             |
|              | ①薬品名:      | ( )<br>持参した薬は、平成 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        | 平成 年 月 日( ) |
|              | 依頼者        | 保護者名:<br>組 園児名:                                  |              |             |
|              | 主治医        | 氏名:<br>病院名:                                      | 電話:<br>( )科) |             |
|              | ①薬品名:      | ( )<br>持参した薬は、平成 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。