

## 座薬投与依頼書

幼稚園での座薬使用について、保護者の責任において下記のとおり依頼します。

年 月 日

園児氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ ㊤

病院名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

\* 座薬を園で入れる場合には、基本的に電話で保護者に確認をとってから入れます。

\* 連絡先が変更になる場合は必ずお知らせください。

\* 発熱の場合は、必ずお迎えに来てください。

\* 万一保護者に連絡がつかない場合は、医師の指示通りに使用することに同意します。また、状況次第では、救急車対応をすることに同意します

使用方法を医師からの指示に従ってご記入下さい。

投薬依頼期間（年度ごとの更新になります）	年 月 日～3月31日
病名	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他：
使用する薬の名称・保管方法	（例：ダイアップ〇〇mg）  （ ）で保存すること
使用の目安（発作時の様子も含めて具体的に記入ください）	体温が °C以上になったら
一度入れた後に座薬が出てしまった場合の対処	例：少し溶けた状態で出てきてしまった場合は処分する等
これまでにこの座薬を使用したことがありますか 最後に使用したのはいつですか	<input type="checkbox"/> ある 副作用がありましたか ある（ ） <input type="checkbox"/> ない 年 月頃
その他使用の注意事項	

\* 大人と違い、こども達はよくなるのも早いですが、急変するのも早いです。前日に座薬を使用して熱が下がっている場合、また熱がある場合等、お預かりできませんのでくれぐれもお子さんの体調を見ながらいつもと違う場合は、お知らせください。

\* お薬・病院が変わった場合は、再提出してください。