|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 園　長 | 主　任 | 担当者 | 看護師 |
|  |  |  |  |

**座薬投与依頼書**

熱性けいれんを起こしやすいと医師に診断され、けいれん止めを園に預けることとなりましたので、下記のように依頼致します。

クラス名　　　　　　　　組　園児名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

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。

・毎日、必ず連絡先を担任にお知らせください。

・発熱の場合は、至急お迎えにきて下さい。

・尚、緊急連絡簿登録順に電話し連絡が取れなかった場合は、書面に従い使用します。

≪使用方法を医師からの指示に従って下記に記入して下さい。≫

・使用する月日　　令和　　　　年　　　月　　　　日（　　　）～令和　　年　　　月　　　　日（　　）

・使用する時の体温　　　　　体温が　　　　　℃以上になったら

☆使用する薬の名称(例、ダイアップ　　　　 mg)

☆薬の使用の仕方

☆一度入れた後に座薬が出てしまった場合の対処　(例、少量溶けた状態で出てきてしまった場合は処分する　等)

☆その他使用の注意事項

・大人とは違い、0~5歳までの子どもたちは良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、朝から37，5℃以上(平熱による)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良く見ながらいつもと違う場合は、担任までお知らせください。

**☆お薬・病院が変わった場合は、担任に申し出て、再提出して下さい。**