

座薬投与依頼書

園長	主任	担当者	看護師

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、必ず連絡先を担当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 °C以上になったら

☆使用する薬の名称(例、ダイアブ 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°C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。