

⑥ダイアアップ指示書（医師記入）

ほしがおか保育園園長宛

下記の病児について既往にけいれんがあります。発熱した際には保護者に代わり座薬の挿入をお願いします。

※は保護者が記入

※病児氏名		※ 男・女	※ 歳
病名			
薬品名	ダイアアップ坐剤 ____ m g ____ 個		
処方薬用法	____°C以上の発熱時にダイアアップ坐剤を挿入する。		
注意事項			

令和 年 月 日

医療機関名

電話番号

医師名

印

ダイアアップ同意書（保護者記入）

医師の判断によりダイアアップを処方、携帯するよう指示されたお子さまの保育園での安全確保のために下記同意書を記入しご提出して頂きますようお願いいたします。

- ①座薬依頼書(裏面)、薬剤情報提供書またはお薬手帳を名前の書いたジッパー袋に入れ直接職員に手渡しして下さい。
- ②ダイアアップ使用量に変更がある際は、再度⑥ダイアアップ指示書(この用紙)を提出して下さい。
- ③連絡が取れず急を要する場合は園長及び代行職員の判断でダイアアップ使用する事があります。
- ④座薬指示書は1年に1回年度末に更新をお願いします。
- ⑤在園児が使用した際には、翌日すぐ新しいものを保育園にお持ちください。
- ⑥お子さまの体調変化により保護者様に連絡をし、その後の対応を相談させて頂くことがありますのでご了承ください。

令和 年 月 日

保護者氏名

印

座薬依頼書（保護者記入）

「薬剤情報提供書」を必ず提出してください。ない場合は座薬を使うことができません。

記入日 令和 年 月 日

病児氏名		男・女	歳
保護者氏名			
処方医療機関名	* 処方された薬の薬剤情報提供書を必ず提出してください。		
薬品名			
病名（症状）			
使用方法			
薬の保管方法	室温・冷蔵庫・その他（ ）		
その他注意事項			
園記入欄	受領者サイン		
	投与日時	年 月 日	時 分
	投与者サイン		
	投与状況		
		: 熱（ °C）	再測定 熱（ °C）
		症状（ ）	
		: 保護者（母・父・その他）に連絡。 お迎え予定時間（ : ）	
		: ダイアアップ1本挿肛	