

保護者記入

ダイアップ座薬依頼書(熱性けいれん用)

令和 年 月 日

次の園児については医師との相談の結果、保育園での保育時間中における発作時の投薬が必要となりました。つきましては、保護者様の責任において保育園での園児に対する投薬を下記によりおこなって頂きたいと依頼します。

クラス	組	性別	男 ・ 女
園児氏名		生年月日	
保護者氏名	印	緊急連先 (保護者)	① ② ③

医療機関名 (担当医師名)	病院・ 医院 ・ クリニック ( 科)
	担当医師名
	電話番号
処方内容 (どのような時に使用しますか)	例) 発熱 37.5℃以上の時に座薬を○個使用する
使用時の注意事項	
薬の保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ 遮光 ・ その他
薬の使用期限(ダイアップ)	令和 年 月 日まで

【留意事項】

- ・薬には必ず名前を書いて下さい。
- ・市販のお薬はお預かりできません。
- ・薬は今回の病気で処方されたもののみお預かり致します。
- ・薬を長期間、園でお預かりする場合は、使用期限を確認し期限切れの際は、依頼書とともに再度提出下さい。

保育園記載欄	受領日 令和 年 月 日 (受領者サイン )
	投与者 令和 年 月 日 時 分(投与者サイン )
	実施状況

## 主治医様

平素は、川口市保育行政にご理解賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、川口市の保育所では、一定期間の治療等を必要とするお子さんの保育にあたっては、保護者様や主治医様と連携を図り、お子さんが安心して生活できる保育環境とする必要があると考えております。

つきましては、お忙しいところ大変恐縮ですが、保護者様からの依頼のとおり、下記の意見書についてご記入くださいますようお願い申し上げます。

## 主治医意見書

保育所名 戸塚のぞみ保育園

児童氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日
診断名			
児童の現在の状況			
今後の治療方針や 検診の予定等			
薬の服用の有無	<input type="checkbox"/> 有 ( ※ 薬の種類や服用中の注意事項等についてご記入下さい。 ) <input type="checkbox"/> 無		
保育上、必要となる 配慮事項			

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関名等

電話番号

担当医師名

印