

主治医の先生へ

与薬について下記投薬指示書にご記入をお願いします。保育園では原則として与薬のお預かりはいたしかねます。ただし、与薬しなければ生命に関わるなど、園児が薬の使用なしでは健康的な日常生活が過ごせない場合に限り安全面を考慮しお預かりして与薬します。

投薬指示書

提出年月日 令和 年 月 日

認定こども園 こっころ 園長様

組名 組

園児名

医師の診察の結果、下記の病気のため投薬が必要と診断されましたので、別添「与薬依頼書」のとおり、園での投薬をお願いいたします。

★診断名

	薬の名前	形状	内容	投薬が必要な状態
熱性けいれん予防	ダイアアップ () mg	座薬	熱性けいれん	体温が () °C 以上

※ダイアアップ座薬は保護者の了解を得て使用する。使用後に眠気・興奮状態、ふらつき、意識障害などの副作用があるため、ダイアアップ座薬投薬後は通常保育は中止し、別室で注意深く様子を観察する。保護者に速やかなお迎えをお願いする。

その他の 診断名	薬の名前	形状	保育中に投薬が必要理由	備考
[]		散 (1回 袋) 液 (1回 cc) 錠剤 (1回 錠) その他 ()		
	認定こども園こっころでの与薬時刻： 昼食前 昼食後 その他 ()			

投薬した医療機関名：

電話 () -

FAX () -

投薬 期間：令和 年 月 日～ 日間

最終受診日：令和 年 月 日

備考

医療機関