

与薬依頼書（熱性けいれん・アナフィラキシーに限る）

札幌第一幼稚園 園長様

平成 年 月 日

次の園児については、医師との相談の結果、幼稚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、保護者の責任において幼稚園での園児に対する投薬を下記により行って頂きたく依頼します。

クラス	組	性別	男 ・ 女
園児氏名		生年月日	平成 年 月 日
保護者氏名	⑩	緊急連絡先 (保護者)	① ② ③
医療機関名 (担当医師名)	(病院・医院) (科) 担当医師名 () 電話 () - カルテNo.() 直通 () - F A X () -		
病名		詳しい症状	
処方内容 (どのようなときに 使用しますか？)	例 (発熱 00.0℃以上の時に座薬を○個使用する)		
薬の名前			
薬の保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ 遮光	薬の剤形	座薬 ・ アナフィラキシー補助治療剤 その他 ()
使用時の注意事項			

留意事項

- ・ 薬には必ず名前を書いて下さい。
- ・ 市販の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、園で保管する場合は、使用期限を確認し期限切れの際は、依頼書と共に再度提出下さい。

幼稚園記載欄	受領日	月	日	(受領者サイン)
	投与者	月	日	時 分 (投与者サイン)
	実施状況			

与薬依頼書 (熱性けいれん・アナフィラキシーに限る)

見本

札幌第一幼稚園 園長様

平成28年 4 月 1 日

次の園児については、医師との相談の結果、幼稚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、保護者の責任において幼稚園での園児に対する投薬を下記により行って頂きたく依頼します。

クラス	○ ○ ○ 組	性別	男 ・ (女)
園児氏名	第一 花子	生年月日	平成 24 年 5 月 10 日
保護者氏名	第一 次郎 ^(第一)	緊急連絡先 (保護者)	①母携帯 090-1234-5678 ②父携帯 080-1234-5678 ③祖母携帯 070-1234-5678
医療機関名 (担当医師名)	(札幌 ○ △ 病院・医院) (小 児 科) 担当医師名 (札幌 太郎) 電話 (011) 123 - 4567 カルテNo.(D-2015) 直通 (011) 123 - 4444 ④緊急時医師に直接搬送が可能かの確認をしてください。 FAX (011) 123 - 4555		
病名	熱性けいれん	詳しい症状	37.5℃以上の高熱により発症 体が固まり手足をブルブル震えだす
処方内容 (どのようなときに 使用しますか?)	例 (発熱 00.0℃以上の時に座薬を○個使用する) 熱が37.5℃になったら予防薬ダイアップを1個使用する。		
薬の名前	ダイアップ		
薬の保管方法	室温 ・ (冷蔵庫) ・ 遮光	薬の剤形	(座薬) ・ アナフィラキシー補助治療剤 その他 ()
使用時の注意事項	使用時間を記録して下さい。 ダイアップ使用後けいれんの時間を記録しておいてください。 5～10分以上続く場合は病院へ連絡してください。		

留意事項

- ・薬には必ず名前を書いて下さい。
- ・市販の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、園で保管する場合は、使用期限を確認し期限切れの際は、依頼書と共に再度提出下さい。

幼稚園記載欄	受領日	月 日	(受領者サイン)
	投与者	月 日 時 分	(投与者サイン)
	実施状況		