

抗けいれん薬（熱性けいれん予防薬）保管依頼書

園

保管日（預り日）		組		名前		保護者		連絡先					
年 月 日（ ）													
医療機関名	薬の効能			熱性けいれんの予防			受診日	令和 年 月 日					
薬品名	・ダイアアップ坐剤 ・その他（ ）						使用期限	年 月 日					
確認	確認月日	4/	5/	6/	7/	8/	9/	10/	11/	12/	1/	2/	3/
	確認者												
園記載	受け者（ ）												

* 医師の処方箋の薬のみ保管します（処方箋をもとに薬局で出される薬の説明書またはそのコピーを与薬依頼書に添付してください）。与薬は保護者にさせていただきます。

* 薬は、1回分とし薬の容器や袋にも組と氏名（フルネーム）を書いて、保管依頼書と一緒に職員に手渡してください。

* 薬品名や与薬量（用量）が変わった場合は、すみやかに新しい薬を保管依頼書と一緒に職員に手渡してください。

* 定期的に使用する薬ではないため、年度末には薬を一度保護者に返却させていただきます。与薬内容に変更等がないか主治医に確認していただき、再度保管の依頼をお願いします。