

至急与薬を必要とする熱性けいれん予防薬与薬依頼書

相模原市立\_\_\_\_\_園長

下記のとおり、与薬を依頼します。

※ 保護者と連絡が取れない場合は、連絡が取れるまで与薬を行いませんのでご了承ください。

保管日（預り日）		組	名前		生年月日								
平成 年 月 日（ ）			男 女		平成 令和 年 月 日								
保護者名			緊急連絡先 （続柄）	① ② ③	( ) ( ) ( )								
主治医又は 担当医		医療 機関名			連絡先								
病名（又は 症状）													
薬の効能	熱性けいれんの予防			受診日	令和 年 月 日								
薬品名	・ダイアップ坐剤（一般名）ジアゼパム坐剤 1回分の与薬量（ ）			使用期限	年 月 日								
保護者への連絡と与薬を希望 する児の症状について	① 体温（ ） ② その他の症状（ ）												
園記載	受け者（ ）												
確認	確認月日	4/	5/	6/	7/	8/	9/	10/	11/	12/	1/	2/	3/
	確認者												
与薬記録	与薬月日	令和 年 月 日			与薬者								
	与薬時間	午前・午後 時 分			立会い者								

\*医師の処方薬のみ保管します。（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）。

\*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、与薬依頼書、委任状、主治医の意見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与薬依頼書、委任状、主治医の意見書と一緒に職員に手渡してください。

\*定期的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、再度与薬の依頼手続きをお願いします。

\*主治医の判断で与薬する必要がなくなった場合には、すみやかに園にご連絡ください。後日「熱性けいれん予防薬与薬解除届」を提出していただきます。