

坐薬依頼票

年 月 日

クラス名 _____ 組 児童名 _____ 生年月日 _____

<p>これまでの けいれん発作 時などの状況</p>	<p>いつ、持続時間、発作時の様子、発作時の対応などのご記入をお願いします。</p>
<p>坐薬挿入の 主治医の 指示</p>	<p>1) 処方された日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>2) 処方された医療機関名と連絡先 医療機関名 _____ 電話番号 _____</p> <p>3) 薬品名 _____</p> <p>4) 坐薬を使用する時 ・発熱時 _____℃以上になったとき ・けいれん発作時 ・その他 _____</p> <p>5) 救急搬送する時 ・けいれんが起きて _____分経っても治まらないとき ・その他 _____</p> <p>6) 坐薬の保管場所 冷蔵庫 ・ その他 (_____)</p>
<p>保護者連絡先</p>	<p>①名前 _____ 続柄: _____ 電話番号(勤務先・自宅・携帯電話) _____</p> <p>②名前 _____ 続柄: _____ 電話番号(勤務先・自宅・携帯電話) _____</p> <p>③名前 _____ 続柄: _____ 電話番号(勤務先・自宅・携帯電話) _____</p>
<p>救急搬送先</p>	<p>①医療機関名 _____ 電話番号 _____</p> <p>②医療機関名 _____ 電話番号 _____</p>
<p>★ 児童の状態や病院の受入れ状況などによっては、事前に確認しました上記の病院には搬送できない場合があります。</p> <p>★ 坐薬の対応などに関して、市の担当者及び保育所が主治医に連絡する場合があります。</p> <p>★ 坐薬を挿入する状況になった場合には、保護者への連絡とお迎えをお願いさせていただきます。</p> <p>坐薬依頼票の内容に関して、同意の上、依頼します。 _____年 _____月 _____日 保護者名 _____</p>	<p>(※保育所記載欄)</p> <p>次回見直し時期: _____年 _____月 _____日</p> <p>受領日: _____ 受領者: _____</p> <p>与薬日: _____ 与薬者: _____</p> <p>返却日: _____ 返却者: _____</p>

