

## 投薬情報書 2 兼与薬依頼票(坐薬用)

### 主治医の先生へ

当園では、園児に対する与薬を原則としてお断りさせて頂いております。

しかし、食物アレルギー症状出現時に必要な薬剤、熱性けいれんの予防薬も含め、病気の種類や状況によってやむを得ず保育時間中の与薬が必要と医師が認めたものに限り、対応したいと考えております。

その旨のご配慮を頂き、医療専門職ではない当園職員が保護者に代わり行う与薬が安全に行える様、投薬情報書 2 の記載にご協力頂きますようお願いいたします。

(医師記載欄)

令和 年 月 日 記載

ふりがな 園児名			
診断名(または症状)			
薬剤名			
効果又は効能			
1 回量	mg	個	薬の保管方法 室温・冷所・その他( )
薬の使用期限	令和 年 月 日から令和 年 月 日の間		
処置すべき症状	●体温が _____ °C以上の時に _____ mg 個 直腸内に挿入する。 ●けいれんが起きている場合は坐薬を使用(する/しない) ●坐薬が出てきた場合は、その坐薬を挿入(する/しない)		
その他 注意事項	処置すべき状況で保護者と連絡がつかない場合処置(する/しない)		
処方日と処方量	令和 年 月 日	_____ 回分	
医療機関名 医師名 <span style="float: right;">(印)</span> 連絡先			

### (保護者記載欄)

上記の内容に同意します。

- 搬送が必要な場合に希望する病院
- ・ない。救急隊に任せます。
  - ・ある。 \_\_\_\_\_ にお願ひします。

※搬送先は希望に添えない場合もあります。

保護者名 \_\_\_\_\_ (印) 緊急連絡先 \_\_\_\_\_

### (園記載欄)

上記の薬を受領いたしました。 責任者名 \_\_\_\_\_ (印)

① 処置日時	処置者	③ 処置日時	処置者
月 日 時 分 ( )	( )	月 日 時 分 ( )	( )
② 月 日 時 分 ( )	( )	④ 月 日 時 分 ( )	( )

※薬の使用期限内に、量や内容が変更になった場合は、速やかに投薬情報書2の再提出が必要です。

※薬の使用期限内に、処方された量を使い切り同じ薬を処方される場合も、新たに投薬情報書2の提出が必要です。

※投薬情報書2は、薬の使用期限に関わらず年度末で締め切り、継続の場合は再提出が必要です。