保護者記入日　　年　　月　　日

与薬依頼書（坐薬用）兼同意書

宮前こども園

（　　）くみ　名前（　　）
保護者の名前（　　）　保護者緊急連絡先 TEL（　　）

★ お願い ★

- 抗けいれん剤の坐薬に限ります。
- 与薬に関しては、**基本的には保護者の方に来ていただきます。**
  保護者に連絡した上で、やむを得ず子どもの状態や保護者が間に合わないなどの状況がある場合のみ、職員が挿入します。
- 太枠内を記入し、①**与薬依頼書（坐薬用）兼同意書**　②**処方された坐薬**　③**薬の説明文又は外袋**　④**坐薬（抗けいれん剤）投薬指示書**の４点を，職員に直接手渡してください。
- 坐薬や外袋等、**必ず全てに名前を記入**してください。

太枠内を記入してください。

保護者連絡の目安：（　　・　　℃）以上
投薬の目安　　：（　　・　　℃）以上
その他　　：（　　）

保護者連絡先（**※優先順位順に記入**）

名前・会社名	続柄等	連絡先	来園までの時間
①			分
②			分
③			分

医療機関名	医療機関TEL
病　名	平熱　　度　　分
処方日　　年　　月　　日	有効期限　　年　　月　　日
最後にけいれんを起こした日　　年　　月　　日　（　　歳　　か月）	

保育施設へ預けた日にち	保護者サイン	受取者サイン	与薬者サイン	与薬日	与薬時間	備考
／				／	：	

主治医が記載した診断書（意見書）の「投薬の目安」までに保護者の方が来園できない場合や①～③に連絡がつかなかった場合は、坐薬を与薬する・救急車を要請する等、医師の診断書（意見書）に基づき、こども園の判断で対応することに同意します。

保護者名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞