

記入例

主治医に記入していただく書類です！

*ダイアアップ坐薬使用時のみに使用します。

投薬指示書 (ダイアアップ坐薬)

ほうりん福祉会

記載日 令和 年 月 日

<主治医様記入欄>

名前 _____ 男・女 年齢 _____ 歳

病名 _____

薬名	形状	1回分の用量	用法
		mg	本

- ・体温が _____ 度以上で上記の坐薬を投薬して下さい。
- ・坐薬が溶けて出てきた場合は、(再度挿れなおす・新しいものを挿れなおす・そのままよい・その他)
- ・その他の場合の対処法について詳しく教えてください。

・注意事項

投薬の期間： 令和 年 月 日まで

病院名・医師名 _____

印

<保護者様記入欄>

承諾書

<園での対応について>

- ・坐薬の挿入は保育者または看護師が行います。
- ・坐薬使用時は速やかに保護者へ連絡します。
- ・坐薬使用時刻を確認し、報告します。
- ・坐薬は園の冷蔵庫に保管します。

<ご家族に承諾して頂きたいこと>

- ・毎朝検温し、体調を確認して頂き、熱がある時はご家庭で安静にしてください。
- ・坐薬使用後は速やかに迎えに来てください。
- ・家で坐薬を投薬した時は、ご家庭で安静にしてください。(2度目の坐薬は園では行えません)
- ・薬の数量は保護者が管理してください。
- ・薬の保管は、令和 年 月 日までとします。

上記の事を、確認・承諾致します。

保護者氏名 _____

印

主治医に記入していただく書類です！

*ダイアアップ坐薬使用以外の緊急臨時薬使用時に使用します。

ご記入のご協力をお願いいたします。

予防のため、やむを得ない場
合だと思います。そのための投
薬させていただきますので、

ほうりん福祉会

記載日 令和 年 月 日

<主治医様記載欄>

投薬指示書

氏名 _____

生年月日 令和 年 月 日生

病名 _____

薬剤名 _____

(ステロイド 有・無)

薬理作用 _____

抗生剤 ・ 抗けいれん薬 ・ 抗アレルギー薬 ・ かゆみ止め

種類と量 _____

散剤 (包) ・ シロップ (ml) ・ 錠剤 (錠) ・ 坐薬 (mg 本)

投薬時間 _____

昼食前・昼食後・食間 (食後2時間) ・ おやつ前・おやつ後

投薬期間 (原則1年以内) _____

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

その他 (_____)

例えば、R2.9.1 処方分は、R2.8.31 まで有効となります。

具体的に記入して頂いてください！

印

令和 年 月 日

<こども園記載欄>

薬剤情報提供書 有・無

受領者サイン _____

保管時サイン _____ 年 月 日 時 分

投薬者サイン _____

投薬時刻 _____

月 日 時 分

実地状況など _____

*投薬指示書はいずれも、投薬依頼書の提出の必要はありません。

投薬指示書（ダイアアップ坐薬）

ほうりん福祉会

<主治医様記入欄>

記載日 令和 年 月 日

名前 _____ 男・女 年齢 _____ 歳

病名 _____

薬名	形状	1回分の用量	用法
		mg 本	

- ・体温が _____℃以上で上記の坐薬を投薬して下さい。
- ・坐薬が溶けて出てきた場合は、{再度挿れなおす・新しいものを挿れなおす・そのままよい・その他}
- ・その他の場合の対処法について詳しく教えてください。

・注意事項

投薬の期間： 令和 年 月 日まで

病院名・医師名

_____ 印

<保護者様記入欄>

承諾書

<園での対応について>

- ・坐薬の挿入は保育者または看護師が行います。
- ・坐薬使用時は速やかに保護者へ連絡します。
- ・坐薬使用時刻を確認し、報告します。
- ・坐薬は園の冷蔵庫に保管します。

<ご家族に承諾して頂きたいこと>

- ・毎朝検温し、体調を確認して頂き、熱がある時はご家庭で安静にしてください。
- ・坐薬使用後は速やかにお迎えに来てください。
- ・家で坐薬を投薬した時は、ご家庭で安静にしてください。（2度目の坐薬は園では行えません）
- ・薬の数量は保護者が管理してください。
- ・薬の保管は、令和 年 月 日までとします。

上記の事を、確認・承諾致します。

保護者氏名 _____ 印

園で判断を有する医療行為は原則として行えません。ですが、症状発生予防・症状悪化予防のため、やむを得ない場合の緊急時に、より安全に的確に投薬ができるよう状況の詳細把握をさせていただきたいと思っております。そのための投薬指示書がこちらの書式になります。指示書に基づいて園内の保育者または看護師が実施させていただきますので、ご記入のご協力をお願いいたします。

ほうりん福祉会

<主治医様記載欄>

記載日 令和 年 月 日

投薬指示書

氏名	生年月日 令和 年 月 日生
病名	
薬剤名	(ステロイド 有・無)
薬理作用	抗生剤 ・ 抗けいれん薬 ・ 抗アレルギー薬 ・ かゆみ止め その他 ()
種類と量	散剤 (包) ・ シロップ (ml) ・ 錠剤 (錠) ・ 坐薬 (mg 本) 外用薬 (量 例) 一円玉大など 種類) ・ 点眼薬 (種類) その他 ()
投薬時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ 食間 (食後 2 時間) その他 ()
投薬期間 (原則 1 年以内)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで
保管	室温 ・ 冷蔵庫 その他 ()
集団保育を実施するにあたっての留意事項	
緊急時の対応について	どのような時に () どうしますか? ()
医療機関名 :	
TEL :	
医師名 :	印 令和 年 月 日

<こども園記載欄>

薬剤情報提供書 有・無

受領者サイン	保管時サイン	年 月 日 時 分
投薬者サイン :		
投薬時刻 :	月 日 時 分	
実地状況など :		