

指示書

保育中、下記の症状が出た場合は、下記薬剤を投与することを指示します。
 万が一、下記薬剤の投与中・投与後に下記児童に異変等が生じた場合は、主治医が責任を持って対処します。

児童名	
生年月日	年 月 日 性別（男・女）
病名	
薬剤名	
1回の使用量	
処方した日	年 月 日
投与を必要とする症状 (具体的に記入して下さい)	1. どのような症状が〔 〕 2. どれくらいの時間続いたら〔 時間 分 〕 3. どのように投与するのか〔 〕 4. 座薬の場合、痙攣を起こしている場合も、挿肛するか〔 する ・ しない 〕
投与後の対処 (○をつけてください) * 薬剤使用後は、保育園で 過ごすことはできません。	1. すぐに救急搬送すること。 2. 症状がなくても、すぐに受診すること。 3. 症状があれば、受診すること。 4. 自宅で安静にすること。
指示の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (最長1年間)
主治医	医療機関名 : 住 所 : 電 話 番 号 : 医 師 名 : 印

同意書

私は、上記に記入されている内容に同意し、記入されている症状があった場合、速やかに子どもを迎えにくることを約束します。
 万が一、保護者に連絡がつかなかった場合は、上記指示書にもとづいて園で上記薬剤を使用することを依頼します。

年 月 日

保護者住所

保護者氏名

印

園使用欄

預かった日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
職員印					
投与した日・時間	/ (:)	/ (:)	/ (:)	/ (:)	/ (:)
職員印					