保護者各位

保育園でダイアップを預かる場合について

キッズガーデンひまわり

医師の診断によりダイアップを処方・携帯するよう指示されたお子さまの保育園での安全管理のため所定の手続きをお取りいただくようお願いします。併せて右記の主治医の指示書と保護者の方には同意事項に承諾のうえ署名、押印し提出してください。

1）預かることができる条件

①熱性痙攣またはてんかんを起こす可能性があると医師が判断した場合

②緊急時に保護者が対応出来ない場合

2）申し込み方法

①薬剤情報提供書を持参のうえ「与薬（坐薬）指示書兼同意書」の提出をお願いします

②ダイアップの使用に変更がある場合は、再度「与薬（坐薬）指示書兼同意書」を提出してください

3）ダイアップをお預かりするにあたってのお願い

①ビニールケース又は袋に１回分の使用量を入れ、名前の記入をお願いします

②使用した際は、翌日に新しいものを園へお持ちください

③薬の保管期限は随時確認してください

4）ダイアップを使用する場合

①使用する際は、保護者へ連絡、同意のうえ処置を行います

必ず連絡が取れるよう、連絡場所、方法を明確にしておいてください。

※連絡が取れず急を要する際は、当園の施設長、主任及び代行職員の判断でダイアップを使用することがあります。

②救急搬送を要請します。速やかにお仕事を切り上げてお迎えに来ていただく等の対応をお願いします

与薬（坐薬）指示書　兼　同意書

主治医の先生へ

園児を安全にお預かりすることを第一の目的として、痙攣等で救命の応急処置が不可欠な特別配慮が必要な場合に限り、医師の指示書をもって保育士等による坐薬の挿入を行うこととしております。つきましては下記に特別な配慮を要すると考えられる理由など、安全な坐薬挿入を行うための必要事項を明記していただきますようお願いいたします。

キッズガーデンひまわり

施設長　　川名　克弘

与薬（坐薬）に関する指示書

※医療機関記入欄

園児名（　　）　　生年月日（　　年　　月　　日生）

1. 処方対象病名	
2. 薬剤名・用量	
3. 使用方法（坐薬使用のタイミングなど）	
4. 保護者の到着を待っての坐薬挿入では間に合わないと考えられる理由	
5. 使用中止すべき条件などの注意事項	

記載年月日　　年　　月　　日

医療機関名

連絡先

主治医氏名　　㊞

※保護者記入欄

与薬（坐薬）に関する同意書

園児名（　　）　　生年月日（　　年　　月　　日）

連絡先（　　）

・同意事項・

□緊急時には、当園の施設長、主任及び代行職員の判断で使用することに同意します

□使用に関して異議申し立ては致しません

年　　月　　日