

座薬対応指示書

平成 年 月 日

宇都宮市 このみ保育園

病院・医院名 _____

医師名 _____ 印 _____

電話番号 _____

下記園児におきましては、医師の「座薬の使用が必要である」との診断から、保育園において、下記のように指示します。

記

園児氏名			
生年月日	平成 年 月 日 (歳)	性別	男・女
保育園名			
保育園における 対応内容	1. 座薬を使用する必要がある場合の症状 2. 座薬使用後の注意点（医療機関への搬送必要性の見極め） 3. 座薬の保護方法（常温、冷所） 4. その他の注意点		