

記入日 年 月 日

さくらんぼ第三保育園 園長様

ダイアアップ使用許可書

* 診察券のコピーを添付してください

生年月日 年 月 日

園児名

上記の園児は、けいれんの最終発作が 年 月 日(今まで 回)にあり、
医師より体温()度以上の場合、ダイアアップ()mgの処方、指示が出ています。
保育園にて発熱時には下記の対応をお願いします。

1. 体温計にて検温()度以上なら保護者に連絡。
(緊急連絡先: 、TEL:)
2. 医師の指示 検温()度以上時・けいれん発作時に保護者との連絡が取れなかった場合、
園に預けてあるダイアアップ挿入を【希望します・希望しません】。
3. けいれん時は、すぐに救急車要請を【希望します・希望しません】。
第一希望搬送病院()
第二希望搬送病院()
4. その他の対応()

※さくらんぼ第三保育園は看護師不在のため、保育士が対応しますのでご了承ください。
※処置に関しての事故について当園は責任を負いかねます。

以上の内容についてご確認いただき、承諾していただける場合は下欄にご署名をお願いします。

住所:	電話番号:
園児名:	保護者名: (印)

園 長	主 任	担 任