

# ダイアアップ座薬挿入依頼書及び承諾書

CRAYONKIDS 施設長殿

[園児名] \_\_\_\_\_ [年齢] \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

発熱に伴い、「けいれん」を起こす可能性があるため(病院名: \_\_\_\_\_ )  
からダイアアップ座薬が処方されています。  
別紙の説明を受け十分に理解したうえで、保護者の指示で下記記載のダイアアップ座薬  
の挿入を当園の看護師及び保育士に依頼することを承諾します。  
また、保育園に対しての責任は一切問いません。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

[保護者氏名] \_\_\_\_\_ 印

[連絡先] \_\_\_\_\_

## ●お預かりするダイアアップ座薬について

処 方 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
ダイアアップ座薬名	
医師からの挿入指示量 及び挿入処方	
その他注意事項	

\_\_\_\_\_ 保育園

[施設長] \_\_\_\_\_ 印

[説明者] \_\_\_\_\_ 印

[同席者] \_\_\_\_\_ 印