

# 座薬挿入に関する指示書

大谷学園幼稚園

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 \_\_\_\_\_

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、幼稚園において、下記のように指示します。

園児氏名			
生年月日	年 月 日	性別	
使用薬剤名	mg	保存方法	
幼稚園での対応内容	1. 座薬を使用する必要がある症状（体温：〇〇℃以上 等）  2. 座薬使用後の注意点  3. その他		