

気管支拡張テープ使用確認書

さくらこども園 園長宛

次の児童において、医師の指示によりさくらこども園での教育・保育時間中における気管支拡張テープ(ホクナリンテープ)(ツロブテロールテープ)の使用が必要となりました。つきまして、保護者の責任において下記により使用をいたします。

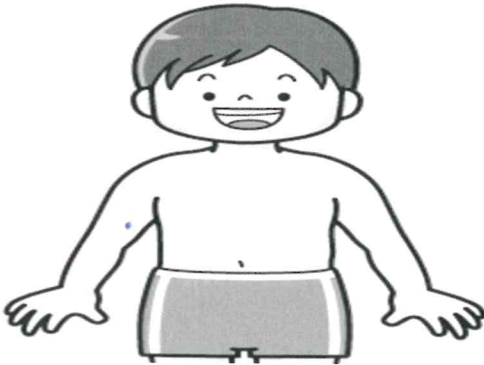
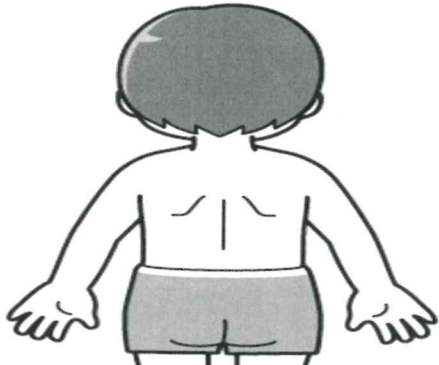
●依頼日 令和 年 月 日

保護者氏名		園児氏名	組
-------	--	------	---

※保護者の方の直筆でお願いいたします。

●医療機関名()

●病 名()

薬 品 名	
貼付位置	
	

●確認事項(保護者記入)

以下の項目を確認し、チェックを入れてください。

- ☐ テープ本体に記名がある
- ☐ テープの上からサージカルテープや絆創膏ではがれないように固定している
- ☐ 剥がれた場合、薬効は十分に吸収したと考え再貼付せず、園で破棄することに承諾する

《 注意事項 》

- *テープを貼って登園した日は、必ず用紙を記入し提出してください。
- *お薬説明書やおくすり手帳など、処方内容が分かる書類の添付が必要になります。
- *特に乳児は誤飲を防ぐため、自分の手の届かない場所に貼り付けをお願いします。
- *この用紙は使用后、園での保管となります。

確認者(保育教諭)
確認印またはサイン

--

管理者確認印
またはサイン

--