

気管支拡張テープ使用確認書

アリスこども園 園長宛

次の児童において、医師の指示によりアリスこども園での教育・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。つきましては、保護者の責任において下記により使用いたします。

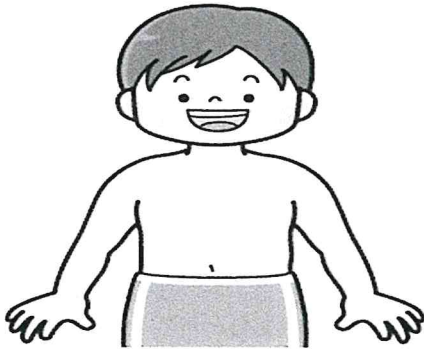
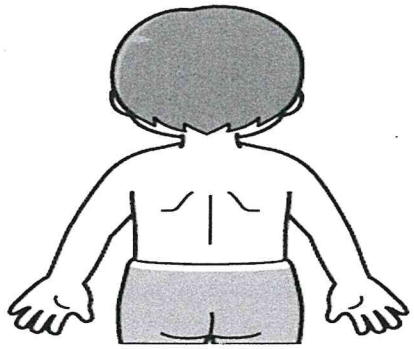
●依頼日 令和 年 月 日

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、確認印（サインでも可）

☐ 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（記名）ではがれないように固定している。

☐ はがれた場合、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。

保護者確認印

またはサイン

受け取り者確認印

またはサイン

《注意事項》

※テープを貼って登園した日は、必ず用紙に記入し提出してください。

※薬の説明書やお薬手帳など、処方内容が分かる書類の添付が必要となります。

※特に乳児は誤飲を防ぐため、お子さまの手の届かないところに貼付をお願いします。

※この用紙は使用後、園での保管となります。

管理者確認印

またはサイン