**【けいれん健康状況票】**

けいれん時の様子を教えてください（下記の項目に記入、または〇をつけてください）　　　　　　　　　［保護者記入］

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名　 | クラス　　　　　歳児 | 氏名 | 男・女 | 生年月日 　年　　月　　日 | 年齢歳　 か月 |
| ●けいれんでの、かかりつけ病院　　　医療機関名　　　　 　　 　　　　（主治医）　　科　　　　　　　　医師　　　TEL　　　　　(　　　　　)　　　　　　　　 |
| ●かかりつけ病院への定期受診　　　・していない　　・している　　　　　　　か月に　　 　回　　 |
| ●現在、けいれんで使用している薬はありますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いいえ　　・はい　 □ダイアップ®坐薬（　　　）ｍｇ（　　　）個　　使用方法（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　 □[その他]薬品名（　　　　　　　　　　　）　　使用方法（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●今までの、けいれんの様子を教えてください　　 |
| 経　過 | けいれんの様子(発熱･続いた時間･意識状態等) | 病院受診の有無（対応･処置･検査等） | 備　考 |
| ①　　年　　月頃 | 　　歳　　か月頃 | 　 | 　 | 　 |
| ②　　年　　月頃 | 　　歳　　か月頃 | 　 | 　 | 　 |
| ③　　年　　月頃 | 　　歳　　か月頃 | 　 | 　 | 　 |
| ④　　年　　月頃 | 　　歳　　か月頃 | 　 | 　 | 　 |
| ⑤　　年　　月頃 | 　　歳　　か月頃 | 　 | 　 | 　 |
| ●緊急時の対応はどうしていますか？救急搬送の目安救急搬送先　医療機関名： |
| ●その他、施設に伝えておきたいこと配慮すること等があれば記入してください  |
| 記入・更新年月日 | 　年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| クラス・歳児 | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ |
| 保護者確認サイン又は印 |  |  | ※内容変更時および、年に1回【けいれん健康状況票】の確認をお願いします。※この【けいれん健康状況票】は、健康状態を知り対応に役立てるものです。修了するまで使用します。●安全な保育の実施のため、お子さんの病状に関する内容を全職員で共有することに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　 |  |  |  |