|  |
| --- |
| 【保護者記入用 】**熱性けいれん緊急時薬 連絡票****記入年月日： 　　　　年 　　　月 　　日** |
| 【　　　 歳児】　　　　　　　　　　　くみ | こどもの名前： |
| **●ダイアップ®坐薬 （ 　　　　　　　　㎎）** ※２/３個等カットしなければならない場合は、坐薬にカットする線を書いてください |
| **●保管方法** |
| ・冷蔵庫　　・常温 |
| **●使用するタイミング** |
| ・体温が　　　　　　　　　 ℃以上で使用・その他（　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **●注意すべき副作用** |
| ・ふらつき 　　・眠気　　・興奮 　　・その他（ 　　 　 　　　　　　　　　 ） |
| **●保護者の緊急連絡先** |
|  | 　　　（続柄：　　） | 自宅 ・ 携帯 ・ 職場 　　 ☎（　　 ） 　　 － |
| ② | （続柄：　　） | 自宅 ・ 携帯 ・ 職場 　　 ☎（　　 ） 　 　－ |
| ③ | （続柄：　　） | 自宅 ・ 携帯 ・ 職場 　　 ☎（　　 ） 　　 － |
| ④ | （続柄：　　） | 自宅 ・ 携帯 ・ 職場 　　 ☎（　　 ） 　　 － |
| **●けいれん時のかかりつけ医療機関**医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　科　　　　　　　　　　　 医師☎ （ 　　　　） 　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　（自署） |
| **確認実施日　：** 　　　年 　　月 　 日　（サイン：保護者　　　　・職員　　　　　）年 　　月 　　日（サイン：保護者　　　　・職員　　　　）確認事項薬の使用期限・用量年 　　月　　日（サイン：保護者　　　　・職員　　　　　）年 　　月 　 日（サイン：保護者　　　　・職員　　　　　） |
| 受取日 | 年 月 日 | サイン | 受取者 |
| 確認者 |
| 使用日時 | 年 　 月 　 日　　時　分 | サイン | 与薬者　　　　　　　　 |
| 確認者 |