|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【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 |