

保護者の方へ

熱性けいれん緊急時薬のお預かりについて (ダイアップ®坐薬)

教育・保育施設等でお子さんが発熱した場合に、熱性けいれんを予防する目的で、主治医の指示により施設で緊急時薬をお預かりすることができます。

お子さんに坐薬を使用する場合は、保護者に電話で状況をお伝えしますので、必ず連絡が取れるようにしておいてください。また、施設で坐薬を使用した場合は、速やかにお迎えをお願いします。

なお、熱性けいれんが起こった場合は、職員がダイアップ®坐薬を挿入することができませんので、ご了承ください。

【必要書類】

主治医記入

①主治医からの指示書

- 更新時期：・1年に1回進級前
・指示内容に変更があったとき

保護者記入

②熱性けいれん緊急時薬連絡票（保護者記入）

- 更新時期：・1年に1回進級前
・指示の内容に変更があった時

※ 指示内容の変更があった場合は必ずお知らせください。新しい指示書が必要となります。

※ 定期的に薬の使用期限・用量等を確認します。

※ 坐薬は1年に1回新しいものに交換していただきます。

お子さんの安全と健康を守るために、ご理解をよろしくお願いします。

記入例

【保護者記入用】

熱性けいれん緊急時薬 連絡票			
記入年月日：〇〇年〇月〇〇日			
【 2歳児】	うさぎ	くみ	子どもの名前：大阪 太郎
●ダイアップ®坐薬 (4 mg)			
※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 38.0 ℃以上で使用			
・その他（急に熱が上がった場合 熱とともに顔色が悪い 等）			
●注意すべき副作用			
○ ふらつき	○ 眠気	○ 横奮	○ その他（ ）
●保護者の緊急連絡先			
① 大阪 花子	(続柄：母)	自宅・携帯	○ 職場 () -
② 大阪 市郎	(続柄：父)	自宅・携帯	○ 職場 () -
③ 大阪 花子	(続柄：母)	自宅	○ 携帯 () -
④ 大阪 市郎	(続柄：父)	自宅	○ 携帯 () -
●けいれん時のかかりつけ医療機関			
医療機関名 □□ ○○ 科 △△ 医師			
□ (06) 0000 - ▽▽▽▽▽			
保護者氏名 大阪 花子 (自署)			
確認実施日：〇〇年 6月 3日 (サイン：保護者 大阪・職員 ▲■)			
確認事項 年 月 日 (サイン：保護者・職員)			
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	〇〇年 4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