



## 抗けいれん用座薬（保護者記載用）

青葉学園野沢こども園

平成 年 月 日

クラス \_\_\_\_\_ 園児名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

連絡先 電話 ① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_

\* 主治医 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 病院・医院)

電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

\* 病名（病状） \_\_\_\_\_

\* 薬を処方された日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\* 薬を使用する期間（1年以内） \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\* 処方内容（使用方法） \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* 薬の作用 \_\_\_\_\_

\* 園での使用方法（具体的に）

体温 \_\_\_\_\_ °C以上で使用

\* 薬剤情報提供書 \_\_\_\_\_ あり ・ なし

\* 前回使用日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\* 留意事項 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 既往歴

初めての発作は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月の時

発作を起こしたときの状況： \_\_\_\_\_

その後の痙攣回数 \_\_\_\_\_ 回 一番最近の発作は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受領日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 受領者 \_\_\_\_\_ 園の保管場所 \_\_\_\_\_

座薬使用にあたって

平成 年 月 日 記

クラス \_\_\_\_\_ 園児名 \_\_\_\_\_

<使用前の子どもの症状>

時間	体温	その他(顔色・四肢冷感・けいれんの有無など)

<保護者への連絡>

時間 : 父・母・その他 ( )  
保護者の意向

<座薬挿入時間>

\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

<使用後の経過>

<その他>

与薬者 : \_\_\_\_\_

確認者 : \_\_\_\_\_

保護者 : \_\_\_\_\_