



抗けいれん用座薬（保護者記載用）

青葉学園野沢こども園

令和 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 : _____