

病後児保育室「とまと」 熱性けいれん確認書

氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

*保護者の方は太枠のみ記入してください

<p>痙攣時の状況</p> <p>①いつ（〇歳〇ヶ月）</p> <p>②どこで何をしている時</p> <p>③その時の体温</p> <p>④痙攣の持続時間</p> <p>⑤痙攣の様子 （両方の足を突っ張っていた、 顔がピクピクしていたなど）</p> <p>⑥救急車要請の有無</p>	<p>*複数回起こしたことのある場合は回数分記入してください</p>
<p><u>かかりつけ医より</u></p> <p><input type="checkbox"/> ダイアップを処方された</p> <p><input type="checkbox"/> ダイアップ処方なし</p> <p><input type="checkbox"/> 救急病院でのみ処方された</p>	<p>処方された病院名： _____（ _____ 科）</p> <p>医師名： _____</p> <p>電話番号： _____</p>

「とまと」での預かり： 有 ・ 無 _____℃で使用

- *病後児保育室「とまと」ではけいれんが起きた場合、救急車での対応をします
- *救急搬送先は、救急隊が判断します
- *抗けいれん薬（ダイアップ）を使用した後は、ふらつきなどの副作用が見られることもありますのですぐに迎えをお願いします

連絡先① _____（ _____ ） ② _____（ _____ ）

_____年 _____月 _____日 保護者氏名： _____

_____年 _____月 _____日 確認職員名： _____