

坐薬（抗けいれん剤）投薬指示書

【保護者記入欄】

保育所名 <p style="text-align: center;">宮前こども園</p>	くみ
子どもの名前	生年月日 <p style="text-align: center;">年 月 日 (歳)</p>
保護者の名前	保護者緊急連絡先

【医師記入欄】 当てはまる個所に○又は☑，記入をお願いします。

≪疾患名≫ 熱性けいれん ・ てんかん ・ その他 ()
≪1回の投薬量≫ <input type="checkbox"/> ダイアアップ坐薬 <p style="text-align: center;">4 mg ・ 6 mg ・ 10 mg</p> <input type="checkbox"/> その他の薬 【 1 個 ・ (/) 個】
≪投薬の目安≫ <input type="checkbox"/> 発熱時 (度 分) 以上 <input type="checkbox"/> その他 ()
≪救急車を要請する目安≫ <input type="checkbox"/> けいれん発作が5分以上続く場合 <input type="checkbox"/> その他 ()
≪その他留意事項≫
年 月 日 医療機関名 _____ 電話番号 _____ 医師名 _____

本情報書作成にあたっては，医療機関が定める文書料等が発生する場合があります。