けいれん既往確認書

氏名：

1）初めてのけいれん日	年　月　日（　　歳）
その時の病院での対応	□座薬・内服薬投与　□点滴 □診察のみ　□入院 □その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿
2）その後のけいれん日と その時の対応	年　月　日（　　歳） ダイアップ使用　有□　無□　□点滴 □診察のみ　□入院 □その他＿＿＿＿＿＿
	年　月　日（　　歳） ダイアップ使用　有□　無□　□点滴 □診察のみ　□入院 □その他＿＿＿＿＿＿
	年　月　日（　　歳） ダイアップ使用　有□　無□　□点滴 □診察のみ　□入院 □その他＿＿＿＿＿＿
	年　月　日（　　歳） ダイアップ使用　有□　無□　□点滴 □診察のみ　□入院 □その他＿＿＿＿＿＿
	年　月　日（　　歳） ダイアップ使用　有□　無□　□点滴 □診察のみ　□入院 □その他＿＿＿＿＿＿
3）保育中の発熱時、けいれんを予防するためにダイアップ使用しますか？ ＊但し、けいれん等の急変時には医師の指示の下、治療を実施させていただきます	□使用する 熱　　℃以上 ダイアップ（４ｍｇ　・６ｍｇ） □使用しない

保護者氏名：　　印

以上、確認いたしました

年　月　日

あんず担当者：