

令和 年 月 日

《保護者記入欄》 下の太枠内をご記入ください。

児の氏名		性別	男・女	生年月日	平成 令和	年	月	日
年齢	歳	か月	電話番号					
住所	〒 -							

【医師記入欄】

病名	☐ 感冒・感冒様症候群 ☐ 急性扁桃腺炎 ☐ 急性気管支炎 ☐ 胃腸炎 ☐ R S ウイルス感染症 ☐ インフルエンザ（A・B） ☐ 手足口病 ☐ ヘルパンギーナ ☐ 中耳炎 ☐ 副鼻腔炎 ☐ その他 （ ）
迅速検査	☐ なし ☐ あり
薬の特別な指示	☐ なし（処方箋に記載の通り） ☐ あり （ ） ☐ 手持ちの頓用薬を使用してよい（解熱剤、抗けいれん薬、喘息治療薬 等）
熱性けいれん既往児について	熱性けいれん既往児で、 <u>抗けいれん薬の予防投与が必要な場合は指導内容の情報提供をお願いします。</u> 薬品名 ☐ ダイアアップ坐剤 （ mg ） ☐ その他 （ ） <u>1回目</u> <u> °C以上で使用</u> <u>2回目</u> ☐ <u>8時間後に使用</u> ☐ <u>8時間後に</u> °C以上で使用
その他	※注意点等がありましたらご記入ください。