

キッズケアルームなでしこ 熱性けいれん児童票

記入日 20 年 月 日

ふりがな 名前	
かかりつけ医	☎

これまでのけいれん発作時の様子

いつ	様子	対応
20 年 月 日 歳 カ月		
20 年 月 日 歳 カ月		
20 年 月 日 歳 カ月		
20 年 月 日 歳 カ月		
20 年 月 日 歳 カ月		

抗けいれん薬の処方 あり なし

薬名	使用するタイミング
	<input type="checkbox"/> 体温()以上で使用 <input type="checkbox"/> 1回目与薬()時間後、体温に関わらず2回目使用 <input type="checkbox"/> 1回目与薬()時間後、体温()以上で使用 <input type="checkbox"/> その他()

備考欄