

## 病名・薬・救急対応についての確認書

千春会 病児・病後児保育 あすなろ

## &lt;受診状況&gt;

診断病名

診断日 年 月 日

医療機関名

診察内容 血液検査 レントゲン 検尿その他 ( )処置内容 点滴 吸入 内服処方その他 ( )

## &lt;服薬状況&gt;

預かり薬 無 有 \*お薬は氏名明記の上、一回分ずつ小分けにしてご持参ください。

| 薬の名前 | 内容 | 服用時間  | 服用方法 | 症状により追加 |
|------|----|---|------|---------|
|      |    | <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食中 <input type="checkbox"/> 食後<br>その他( ) |      | 可 不可    |
|      |    | <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食中 <input type="checkbox"/> 食後<br>その他( ) |      | 可 不可    |
|      |    | <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食中 <input type="checkbox"/> 食後<br>その他( ) |      | 可 不可    |
|      |    | <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食中 <input type="checkbox"/> 食後<br>その他( ) |      | 可 不可    |

解熱剤 : 無 有 …… 解熱剤の内容 : 坐薬 飲み薬  
使用方法 : 発熱 \_\_\_\_\_℃以上で使用 / 症状により追加 : 可( 回) 不可

救急対応時の連絡先

救急搬送先

年 月 日

児童氏名

保護者氏名

印