

補助資料【別紙③】

【喘息 の既往がある方へ】

下記情報は、ショートステイでお子さんをお預かりする際に必要な情報です。
ご記入をお願いします。

記入日 令和 年 月 日

お子さんの氏名 _____

現在、内服薬を飲んで いますか。	飲んでいる ・ 飲んでいない
	※どちらかに○ 飲んでいる場合、 薬の名前： _____ 服薬の方法： _____
初回の発作はいつですか。 令和 年 月 日	最終発作はいつですか。 令和 年 月 日
どのような、どの程度の発作が 起きますか。 例：ケンケンとかすれそうな咳、 ゼーゼー、ヒューヒュー、 会話が出来ない、歩けない	
発作時はどのように対応していま すか。 とんぷく薬・(吸入・シール)など医師の 指示はありますか。	
発作が起きた場合は連絡させていただきます。 連絡後、どの位で迎えに来れますか。	分
通院先の病院を教えてください。	病院名