

# 発作情報更新用紙

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

該当の項目を○で囲んで、下線部を記入してください。

\* 現在の様子

- ・ 今までなし
- ・ 脳波異常はあるが発作はない
- ・ 現在は発作なし → 最終発作 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ ヶ月)
- ・ 現在も発作あり → 頻度は ・ 1年 ・ ( \_\_\_\_\_ ) ヶ月 ・ ( \_\_\_\_\_ ) 日 に1回くらい

\* 初回発作 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ ヶ月)

\* 脳波検査結果

\* 発作を起こしやすい時間・状況

\* 発作の状態 (意識・手足の動き・持続時間・自動症の有無など)

\* 発作時の対応

- ・ そのまま様子を見る → ( \_\_\_\_\_ ) 分以上続いたら ( ・ 家庭連絡  
・ 救急車要請
- ・ すぐに保護者に連絡する
- ・ すぐに救急車で医療機関に運ぶ
- ・ ( \_\_\_\_\_ ) 分以上続いたら坐薬 (坐薬の名前 \_\_\_\_\_ )

\* 救急搬送が必要な場合は、救急隊へ円滑に引き渡すために以下も記入してください。

- ・ 発作時に救急搬送するように指示をした (医療機関名 \_\_\_\_\_ )  
(医師名 \_\_\_\_\_ )
- ・ 搬送を希望し、内諾を得ている (医療機関名 \_\_\_\_\_ )  
その医療機関の電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) 診察券番号 ( \_\_\_\_\_ )
- ・ 搬送が必要な理由 ( \_\_\_\_\_ )