

【熱性けいれん状況調査票】

利用児氏名

(歳 ヶ月)

最終発作の時期回数	けいれんの長さ	けいれんを繰り返したか
年 月 日 回目	およそ 分 秒	<input type="checkbox"/> 繰り返した <input type="checkbox"/> 繰り返さなかった

どのような感じでけいれんが始まったのか？

眼球の位置	けいれんの形 (該当するものに☑をつける)		
	<input type="checkbox"/> 強直性けいれん 手足を伸ばして弓なりに反らす 	<input type="checkbox"/> 間代性けいれん 手足を震わせて曲げたり伸ばしたり繰り返す 	<input type="checkbox"/> どちらでもない

けいれん時の手の状況 (該当するものに☑をつける)

<input type="checkbox"/> 強直性けいれん  <input type="checkbox"/> 曲がったまま	<input type="checkbox"/> 間代性けいれん 	<input type="checkbox"/> どちらでもない
<input type="checkbox"/> 伸ばしたまま 	<input type="checkbox"/> 曲がったまま 	

該当する症状があったか？ (該当する症状があれば☑をつける)

<input type="checkbox"/> 体の一部がけいれんした 部位 ()	<input type="checkbox"/> 嘔吐症状が あった	<input type="checkbox"/> 手足の動きが左右 非対称だった	<input type="checkbox"/> その他
--	---------------------------------------	---	------------------------------

ダイアップの処方	ダイアップの使用基準	通園している保育園での対応
<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> (37.5・38.0・ °C) になったら使用する <input type="checkbox"/> 1本目挿入してから8時間後に2本目を挿入する <input type="checkbox"/> 1本目挿入すれば2本目は挿入しなくてよい <input type="checkbox"/> 特に指示はなし <input type="checkbox"/> その他 ()	

救急車要請時、搬送先の病院に希望はあるか？

<input type="checkbox"/> あり (病院)	<input type="checkbox"/> なし
-----------------------------------	-----------------------------