




【けいれん状況調査票】

利用児氏名 (歳 カ月)

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

発生直前の状況		
<input type="checkbox"/> 眠りかけ	<input type="checkbox"/> 睡眠中	<input type="checkbox"/> 食事中
<input type="checkbox"/> 泣いていた	<input type="checkbox"/> 遊んでいた	<input type="checkbox"/> 外傷後(転倒・転落)
<input type="checkbox"/> その他()		

けいれんの様子		
目の様子		<input type="checkbox"/> 1点を見つめている <input type="checkbox"/> 白目をむいている <input type="checkbox"/> 右に寄っている <input type="checkbox"/> 左に寄っている
手足の様子		<input type="checkbox"/> 手足を伸ばして弓なりに体を突っ張り反らす [<input type="checkbox"/> 体の一部のみ <input type="checkbox"/> 左右対称 <input type="checkbox"/> 非対称]
		<input type="checkbox"/> 手足を震わせ手足を曲げたり伸ばしたりする [<input type="checkbox"/> 体の一部のみ <input type="checkbox"/> 左右対称 <input type="checkbox"/> 非対称]
肌・唇の色	<input type="checkbox"/> 青紫色や青白い	<input type="checkbox"/> 変化なし
その他の症状	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 口のゆがみ(<input type="checkbox"/> よだれ <input type="checkbox"/> 泡) <input type="checkbox"/> 尿を漏らす	

ダイアップの処方	ダイアップの使用基準	通園施設での対応
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> (37.5・38.0・ °C) になったら使用 <input type="checkbox"/> 1本目挿入後8時間経過し(°C以上) あれば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良い	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 特に指示はない <input type="checkbox"/> その他()	

救急要請時、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	