

⑤

㊦ てんかんの調査

学部： 小学部・中学部・高等部（ ）年

ふりがな	
児童生徒 氏 名	

記入者 _____	記入日 R . .
記入者 _____	訂正日 R . .
記入者 _____	訂正日 R . .

*主治医からいただいている指示に従い、保護者の方がご記入ください

発作の様子	日常的な発作	大発作〔経験あり・なし〕
	型 : _____ 身体が硬く強張る／プルプル震える／ピクつく ガクガクする／動きが止まる／脱力する 1点を見つめる	型 : _____
時間	分 秒 ～ 分 秒 位	分 秒 ～ 分 秒 位
頻度	週・月に 回 程度 他〔 〕 最終発作 H・R . .	週・月に 回 程度 他〔 〕 最終発作 H・R . .
起こしやすい条件	季節：春／夏／秋／冬／季節の変わり目 睡眠不足／ストレス・疲労／気候（気圧の変化）／便秘／月経／風邪・発熱／光／音 その他〔 〕	
起こりやすい時	入眠時／起床時／空腹時／その他〔 〕	
発作の前兆	ぼーっとする／あくび／強い眠気／不機嫌／頭痛／元気がなくなる／特にない その他〔 〕	
対応の仕方		
学校から保護者への連絡の目安	<input type="checkbox"/> 本人の様子から連絡が必要と感じた時にあればよい <input type="checkbox"/> 1日のうちに 回 以上起きた時は連絡してほしい <input type="checkbox"/> 発作が起きた時はその都度様子を連絡してほしい <input type="checkbox"/> その他 ()	
緊急搬送の目安		
主治医	病院・医院・クリニック 主治医名 ()	
	通院の頻度（年・月・週） 回	