

発作ノート

発作ノートは

- 発作のある人が、自分で作成します。
- 主治医に協力をお願いしましょう。
- 自分の病気の大切な記録となりますので、大事に保管・整理してください。
- このノートにはページを追加することができます。常に最新の情報にしておきましょう。

ノートについて

このノートには、発作や病気の状態、治療の内容が記されています。医療機関では、このノートを医師にお見せください。治療をする上で、大変に重要な情報になります。

このノートの所有者

名前：

住所：

電話：

生年月日： 年 月 日 男・女

*個人情報のため、所有者名を伏せていることがありますが、大切な記録ですので、拾得された場合は下記にご連絡ください。

連絡先：

かかりつけ医

医療機関名：

主治医：

緊急連絡先：

かかりつけ薬局
薬局名

連絡先

発作の症状

発作型 単純部分発作 複雑部分発作 強直間代発作
強直発作 欠神発作 ミオクロニー発作
その他 ())
() 歳 () 月より

発作の特徴

発作の症状

発作の頻度

(長く発作がない場合、最後の発作は 年 月 日)

発作の誘因

特記事項

発作の誘因

次のときに発作が多くないか、チェックしてみましょう

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 不安 | <input type="checkbox"/> 特定の音楽 |
| <input type="checkbox"/> 怒り | <input type="checkbox"/> 突然の音 |
| <input type="checkbox"/> 喜び | <input type="checkbox"/> 突然触られること |
| <input type="checkbox"/> 驚き | <input type="checkbox"/> 人の声（電話やテレビも） |
| <input type="checkbox"/> がっかり | <input type="checkbox"/> 読むこと |
| <input type="checkbox"/> 緊張 | <input type="checkbox"/> 書くこと |
| <input type="checkbox"/> 疲れ | <input type="checkbox"/> 計算、算数 |
| <input type="checkbox"/> 緊張のゆるみ | <input type="checkbox"/> 絵を描く |
| <input type="checkbox"/> 不規則な生活リズム | <input type="checkbox"/> 天候の変化 |
| <input type="checkbox"/> 睡眠不足 | <input type="checkbox"/> その他（書いてください） |
| <input type="checkbox"/> 睡眠過剰 | |
| <input type="checkbox"/> 入眠 | |
| <input type="checkbox"/> 覚醒したとき | |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | |
| <input type="checkbox"/> 月経 | |
| <input type="checkbox"/> 食べるとき | |
| <input type="checkbox"/> 空腹 | |
| <input type="checkbox"/> アルコール | |
| <input type="checkbox"/> 光の点滅 | |
| <input type="checkbox"/> 縞模様 | |
| <input type="checkbox"/> ビデオゲーム | |
| <input type="checkbox"/> テレビ | |

発作の抑制

発作をコントロールする方法を書いておきましょう

発作時の対応

- おそれず、あわてず、静かに、そっと、安全第一に
- 口の中に物を入れては いけません
- 体が当たってケガがないように、周囲の危険物を取り除いてください
- 動作や仕草をむりに止めないでください
- 衣類がきつくないかチェックし、きつそうな所は緩めてください（特に首回り）
- 発作の様子を観察してください→発作の観察の要点
- 吐きそうであれば、右側臥位にしてあげて、吐物により窒息しないようにしてください
- 発作が終わり意識が回復するまで、必ず誰かが側にいてあげてください
- 発作のあと、眠そうであれば、寝かせてあげてください
- けいれんが5分以上つづく場合には、救急車を呼んでください
- 回復が遅い場合には連絡をお願いします
（緊急連絡先：)

- 主治医からのお願い：

発作の観察記録

自分ではわからない発作の様子を観察してもらうと、とても大切な情報になります。

- 綴じ込みの「発作観察の要点」などに沿って、観察したことを記入してもらいます。
- 携帯などで動画を撮ってもらうのも役に立ちます。
- 観察記録は主治医にみてもらいましょう。

発作の診断がすでに確定していれば、月あるいは年単位のカレンダーに、発作を記入しましょう。

- ◎、○、△などの記号を使って、発作の種類をわけることができます。
- ●は睡眠時、○は起きているとき、などと使い分けすることもできます。
- 薬の変化を書き込んだり、情報メモとしてもご活用ください。

薬の情報

お薬手帳があれば、一緒にお持ちください

現在服用中の薬

(年 月 日より)

(変更になった場合は、下が見えるように、上に紙を貼ってもよいでしょう)

薬の情報

お薬手帳があれば、一緒にお持ちください

現在服用中の薬

(年 月 日より)

(変更になった場合は、下が見えるように、上に紙を貼ってもよいでしょう)

薬の情報

お薬手帳があれば、一緒にお持ちください

現在服用中の薬

(年 月 日より)

薬の情報

薬についての大切な情報を書いておきましょう

アレルギーの出たことのある薬

副作用のあった薬

これまで服用したことのある発作の薬

(変更になった場合は、下が見えるように、上に紙を貼ってもよいでしょう)

薬の血中濃度

血中濃度検査の記録を残しておきましょう

()年

薬名	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日

()年

薬名	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日

()年

薬名	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日

薬の血中濃度

血中濃度検査の記録を残しておきましょう

()年

薬名	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日

()年

薬名	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日

()年

薬名	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日

他の血液などの検査

その他の血液などの検査の記録を残しておきましょう

()年

検査名	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日

()年

検査名	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日

()年

検査名	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日

他の血液などの検査

その他の血液などの検査の記録を残しておきましょう

()年

検査名	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日

()年

検査名	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日

()年

検査名	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日

脳波の検査

検査日	所見
年 月 日	

脳波の検査

検査日	所見
年 月 日	

画像の検査

検査日	種類	所見
年 月 日		

画像の検査

検査日	種類	所見
年 月 日		

発作以外の情報

出生：()週 体重()g 身長()cm 頭囲()cm

特記:

発達：首の座り()月 座る()月 歩く()月 喋る()月

特記:

大きな病気や怪我の記録

1

()歳の時

2

()歳の時

3

()歳の時

受診した病院

発作の診断・治療のためにこれまで受診したことのある病院を書いておきましょう

病院名	期間	内容

その他の病気

発作以外の病気があれば、書いておきましょう

制度の利用

診断書などはコピーして資料欄に綴じておきましょう

自立支援医療

申請メモ

福祉手帳

精神保健福祉手帳（ ）級

療育手帳（ ）

身障手帳（ ）級（ ）

その他

私のネットワーク

私の大切なネットワークを書き留めておきましょう

情報の源

役に立つ情報の源を書いておきましょう

連絡帳

医療機関などとの連絡にお使いください

日付	連絡事項
年 / 記入者	
年 / 記入者	
年 / 記入者	
年 / 記入者	

連絡帳

医療機関などとの連絡にお使いください

日付	連絡事項
年 / 記入者	
年 / 記入者	
年 / 記入者	
年 / 記入者	

資料

大切な資料はこのあとに綴じておきましょう

年 氏名

年齢

(月)	(日)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1月	覚醒中																															
	睡眠中																															
2月	覚醒中																															
	睡眠中																															
3月	覚醒中																															
	睡眠中																															
4月	覚醒中																															
	睡眠中																															
5月	覚醒中																															
	睡眠中																															
6月	覚醒中																															
	睡眠中																															
7月	覚醒中																															
	睡眠中																															
8月	覚醒中																															
	睡眠中																															
9月	覚醒中																															
	睡眠中																															
10月	覚醒中																															
	睡眠中																															
11月	覚醒中																															
	睡眠中																															
12月	覚醒中																															
	睡眠中																															
計																																

備考	
----	--

年 月 氏名

年齢

日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
曜日																															
午前 0																															
2																															
4																															
6																															
8																															
10																															
午後12																															
2																															
4																															
6																															
8																															
10																															
12																															
計																															

備考	

発作を目撃された方へ

発作の具体的な様子は、今後の診療に大切な情報となります。
 どのような状態だったか、教えてください。ご協力をお願いいたします。

下記にご記入をお願いします (□をレでチェック、選択を○で囲んでください)

発作はどこで起きましたか？					
何時でしたか？	月	日	午前・午後	時	分頃 (睡眠中・起きているとき)
何をしているときに発作がおきましたか？					
倒れましたか？	<input type="checkbox"/> 倒れた	<input type="checkbox"/> 倒れなかった	<input type="checkbox"/> 横になっていた		
発作の様子？	<input type="checkbox"/> 力が入っていた	<input type="checkbox"/> 力が入ってない	<input type="checkbox"/> ふるえていた	<input type="checkbox"/> ポーとした	
発作が強かったのは？	<input type="checkbox"/> 左側	<input type="checkbox"/> 右側	<input type="checkbox"/> 左右とも		
発作が目立ったのは？	<input type="checkbox"/> 顔や口	<input type="checkbox"/> 上半身	<input type="checkbox"/> 下半身	<input type="checkbox"/> 全身	
どちらかに向いた？	<input type="checkbox"/> 左側	<input type="checkbox"/> 右側	<input type="checkbox"/> 真ん中		
発作中に顔色は？	<input type="checkbox"/> 青白い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや紅い		
発作中の身体の位置は？	<input type="checkbox"/> 同じ位置で	<input type="checkbox"/> 右や左に動いた	<input type="checkbox"/> ころげまわった		
まぶたは開いていた？	<input type="checkbox"/> 開いていた	<input type="checkbox"/> 眼は閉じていた	<input type="checkbox"/> よくわからない		
発作がおさまったのは？	<input type="checkbox"/> 救急車をよぶ前	<input type="checkbox"/> 救急車がくる前	<input type="checkbox"/> 救急車のなかで	<input type="checkbox"/> とまらず	
発作の長さは？	<input type="checkbox"/> 2分以内	<input type="checkbox"/> 10分以内	<input type="checkbox"/> 1時間以内	<input type="checkbox"/> 1時間以上	
受け答えは？	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 少し反応あり	<input type="checkbox"/> ずっと可能		
発作による怪我は？	<input type="checkbox"/> 口・舌を切った	<input type="checkbox"/> 身体に怪我あり	<input type="checkbox"/> 怪我はなし		
失禁は？	<input type="checkbox"/> あり (尿・便)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明		
その他、気のついたこと					
ご記入者	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 職場・学校の関係者	<input type="checkbox"/> その他 ()		
ありがとうございました					

今後の診療に大変役立ちますので、下記の情報をお知らせください。

ご協力をよろしくお願いいたします。

救急室での発作現象 (<input type="checkbox"/> をしでチェック、選択を○で囲んでください)				
1	運動症状	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	(なしの場合6以降へ)
2	種類	<input type="checkbox"/> 自動症(口・手)	<input type="checkbox"/> 強直	<input type="checkbox"/> けいれん (強直間代) <input type="checkbox"/> 激しい動き
3	左右差	<input type="checkbox"/> 左優位	<input type="checkbox"/> 右優位	<input type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> 一定せず
4	局在・分布	<input type="checkbox"/> 上肢・顔面(一側)	<input type="checkbox"/> 下肢(一側)	<input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 一定せず
5	部位の移動	<input type="checkbox"/> 同じ局在部位	<input type="checkbox"/> 部位が拡大	<input type="checkbox"/> 当初より全身 <input type="checkbox"/> 部位が変遷
6	眼球・頭部の偏倚	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 正中 (偏倚なし) <input type="checkbox"/> 左右の振れ
7	開眼・閉眼	<input type="checkbox"/> 瞬目	<input type="checkbox"/> 開眼	<input type="checkbox"/> 閉眼 (開眼抵抗なし) <input type="checkbox"/> 閉眼 (開眼抵抗あり)
8	顔色	<input type="checkbox"/> チアノーゼ	<input type="checkbox"/> 蒼白	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 紅潮
9	発作の長さ	<input type="checkbox"/> 2分以内	<input type="checkbox"/> 10分以内	<input type="checkbox"/> 1時間以内 <input type="checkbox"/> 1時間以上
10	発作の反復	<input type="checkbox"/> 1回の発作	<input type="checkbox"/> 発作が反復	<input type="checkbox"/> 発作が持続 <input type="checkbox"/> 不規則に断続
11	発作中の反応	<input type="checkbox"/> あり (言語的)	<input type="checkbox"/> あり (非言語的)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 断片的にあり
12	失禁	<input type="checkbox"/> あり (尿・便)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
13	外傷・咬傷	<input type="checkbox"/> 咬傷 (舌・口内) (右、正中、左)		<input type="checkbox"/> 他の外傷() <input type="checkbox"/> なし
14	発作後の状態	<input type="checkbox"/> 覚醒の持続	<input type="checkbox"/> 意識障害の持続	<input type="checkbox"/> 睡眠・もうろう <input type="checkbox"/> ただちに覚醒
15	発作後麻痺	<input type="checkbox"/> あり(左、右) 部位 ()		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし
16	血中濃度チェック	<input type="checkbox"/> 結果 ()		<input type="checkbox"/> 未施行
17	救急での対応・使用薬剤	<input type="checkbox"/> ジアゼパム <input type="checkbox"/> ミダゾラム <input type="checkbox"/> フェニトイン <input type="checkbox"/> フェノバルビタール <input type="checkbox"/> 気管挿管 <input type="checkbox"/> 人工呼吸管理 <input type="checkbox"/> 持続的静脈麻酔		
18	経過・検査・その他			
	ご記入者			
ありがとうございました				

発作観察の要点

発作がおこった場所：	日付：	時間：
1 発作の前		
何をしていた？ <input type="checkbox"/> 起きていた：何をしていた？ <input type="checkbox"/> 寝ていた（睡眠中）		
考えられる発作の誘因		
<input type="checkbox"/> 薬を服用しなかった	<input type="checkbox"/> 光の点滅など	
<input type="checkbox"/> 前夜の寝不足	<input type="checkbox"/> 最近のストレス	
<input type="checkbox"/> 悦びや興奮や怒りや恐怖	<input type="checkbox"/> 特になし	
<input type="checkbox"/> 音	<input type="checkbox"/> その他	
2 発作のはじまるとき		
<input type="checkbox"/> 患者が発作のはじまりに気づいていた：どのように？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明		
発作のはじまりの様子		
<input type="checkbox"/> 声が出た：どのような？	<input type="checkbox"/> 声を出すことはなかった	
<input type="checkbox"/> 体の一部分からはじまった：どこから？	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 体の左右どちらかからはじまった：	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方	
<input type="checkbox"/> 急にはじまった	<input type="checkbox"/> ゆっくりと（じわじわと）はじまった	
<input type="checkbox"/> 倒れた（ <input type="checkbox"/> バタンと <input type="checkbox"/> ゆっくりと）	<input type="checkbox"/> 倒れなかった	
3 発作中には		
筋肉はこわばっていた？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
こわばっていたのは、	<input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 全身	
	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左右 <input type="checkbox"/> 不明	
けいれんした？		
<input type="checkbox"/> 全身の大きなビクンビクンとする動き		
<input type="checkbox"/> 体の一部のビクビクとする動き：体のどこ？		
<input type="checkbox"/> 強まったり弱まったり		
<input type="checkbox"/> その他の動き（振り回す、ばたばたする、喋る、口を動かすなど）		
意識は？	<input type="checkbox"/> はっきりしていた	<input type="checkbox"/> ぼんやりしていた <input type="checkbox"/> 失われていた
呼吸は？	<input type="checkbox"/> していた	<input type="checkbox"/> 止まっていた
顔の様子は？	<input type="checkbox"/> 開眼していた	<input type="checkbox"/> 舌を咬んだ <input type="checkbox"/> 唾液が出た
	顔色は？ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 紅潮	
その他	<input type="checkbox"/> 嘔吐した <input type="checkbox"/> 失尿した <input type="checkbox"/> 失便した	
どのような介助をしたか？（例：姿勢を変える、座薬を挿入）		
4 発作のあと		
発作の長さ	秒/分 <input type="checkbox"/> おおよそ <input type="checkbox"/> 時計をみた	
発作の終わり	<input type="checkbox"/> 突然 <input type="checkbox"/> ゆっくりと	
回復（はっきりするまで）	<input type="checkbox"/> ただちに <input type="checkbox"/> 5分以内 <input type="checkbox"/> もっと長い	
発作後のようす	<input type="checkbox"/> 疲れて、ぐったり <input type="checkbox"/> 興奮した <input type="checkbox"/> 眠った	
ケガは？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり どのような？：	
発作がたてつけにおこった	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：どれくらいの時間の間に？：	