

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"/> 力は入ってない	<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					