

今後の適切な診療のために大切な情報となりますので、下記にご記入ください。
ご協力をお願いいたします。

付添者への記入依頼 (□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	
発作の様子は？	<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"/> ボーとした
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
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	<input type="checkbox"/> 歩いた
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
発作によるケガは？	<input type="checkbox"/> 口内・舌の傷	<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				
ご要望など				
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				