

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。

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"/> ロラゼパム <input type="checkbox"/> ミダゾラム <input type="checkbox"/> レベチラセタム <input type="checkbox"/> ラコサミド <input type="checkbox"/> ペランパネル <input type="checkbox"/> (フォス)フェニトイン <input type="checkbox"/> フェノバルビタール <input type="checkbox"/> その他 <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