

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？：	