

熱性けいれん既往歴

利用児氏名 _____

記入日 年 月 日

次の項目について、当てはまる内容に○を記入、若しくは記述をしてください。

項 目	詳 細	
初回けいれんの時期	() 年 () 月	
過去のけいれん回数	() 回	
最終けいれんの時期	() 年 () 月	
けいれんの部位	・全身 部分優位、左右差等 () ・一部 (右半身 ・ 左半身) (上肢のみ ・ 下肢のみ) ・その他 ()	
けいれんの性状	・手足のつっぱり ・大きくピクピク ・小刻みなふるえ ・ぐったりと脱力 ・その他 ()	
眼球の向き	・両眼球同じ方向に向いている (下方 ・ 上方 ・ 右 ・ 左) ・左右、別の方向に向いている ()	
呼吸状態		
顔色	・良好 ・チアノーゼ	
嘔吐	・あり ・なし	
体温		
けいれん消失後の状態	・けいれん前の状態に戻った ・眠り込む ・麻痺が見られる ・その他 ()	
複数けいれんのある場合で、その様子の違い	・違いなし ・違いあり ()	
医師の指示	予防	・けいれん予防の座薬 (体温 °C以上で使用) ・解熱剤の使用 (体温 °C以上で使用)
	けいれん時	