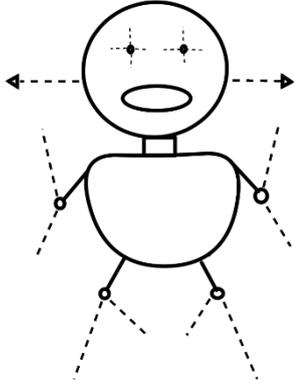


発作経過記録

児童生徒氏名

記入者氏名/記入日	_____年 ____月 ____日
発作日時	開始 _____年 ____月 ____日 ____時 ____分 ごろ 停止 _____時 ____分 ごろ ( _____分間)
発作前の様子・活動	_____
発作中の様子	<p> <input type="checkbox"/> 動画撮影実施                 </p> <p>                     意識 (応答) : <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし                      けいれん : <input type="checkbox"/>あり 左右で違い : <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし                      顔面蒼白 (チアノーゼ) : <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし                 </p> 
発作後の様子	_____
処置・対応事項	<p> <input type="checkbox"/> 救急車要請 ( _____時 ____分) 到着 ( _____時 ____分)                 </p> <p> <input type="checkbox"/> ダイアアップ挿入 _____mg ____個 ( _____時 ____分)                 </p> <p> <input type="checkbox"/> ブロラム投与 _____mg ____本 ( _____時 ____分)                 </p> <p>                     SpO2 _____% 脈 _____/分                 </p>
けがの有無 部位・状態	<p> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位 : _____)                 </p>
その他	_____