

診療情報提供書（兼 てんかん学校生活管理指導表）

情報提供先学校名： _____

令和 ____年 ____月 ____日

学校医等： _____ 殿

紹介元医療機関： _____

住 所： _____

電話番号： _____

医師名： _____

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本書類に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。 令和 ____年 ____月 ____日 保護者氏名 _____

緊急連絡先①： _____ 緊急連絡先②： _____

氏 名		性別		生年月日	
住 所					
診断（傷病名）					
既往歴					
内服薬	<input type="checkbox"/> お薬手帳のコピー（保護者より提出）を参照 ※処方変更があればその都度提出 (1) _____ (2) _____ (3) _____				

てんかん発作型（複数選択可）	
<input type="checkbox"/> 全身を硬くさせて転倒し、意識消失と呼吸抑制を伴う発作 （重積の可能性： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 低い） （呼吸サポート： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要）	[強直・間代・強直間代発作]
<input type="checkbox"/> 一定時間、意識がぼーっとし、周囲に対する反応がなくなる発作 （ <input type="checkbox"/> 場にそぐわない言動 <input type="checkbox"/> 奇妙な運動 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> おう吐） （転倒： <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない） （重積の可能性： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 低い） （呼吸サポート： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要）	[焦点意識減損発作]
<input type="checkbox"/> 四肢や体幹の極めて短時間の運動発作（ビクッ、ギュー、脱力など） （部位： _____） （転倒： <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない）	[ミオクロニー・スパズム・強直・脱力発作]
<input type="checkbox"/> 体の一部に一定時間の運動症状を伴うが、意識が保たれる発作 （部位： _____） （転倒： <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない）	[焦点運動発作]
<input type="checkbox"/> 数秒から数十秒間、動作が停止し意識が消失する発作（転倒せず速やかに意識回復する）	[欠伸発作]
<input type="checkbox"/> 怖がる、興奮する、暴れるなど、感情の変化を主体とする発作	[運動亢進・情動・笑い発作]
<input type="checkbox"/> 本人にしか分からない感覚のみの発作（手足や顔面・口内のしびれ、視覚・聴覚・臭覚の発作など）	
<input type="checkbox"/> 心因性非てんかん発作	
<input type="checkbox"/> その他	

発作頻度 日単位 週単位 月単位 年単位 1年以上発作なし（最終： ____年 ____月 ____日）

重積発作の既往 なし けいれん性 非けいれん性

発作が起きやすい状況（誘発因子）

発熱 睡眠 生理（月経） 光 特別な模様 音 心理的負荷（心因性）

その他 [_____]

発作時の対応 ※薬物投与を行う場合は「てんかん発作時投薬指示書」も提出
<input type="checkbox"/> けいれんが5分以上持続の時、 <input type="checkbox"/> ダイアップ <input type="checkbox"/> エスクレ ___mg 1個挿肛 <input type="checkbox"/> けいれんが5分以上持続の時、ブコラム ___mg 1本口腔粘膜投与 <input type="checkbox"/> 1時間に ___回以上発作を繰り返す時、 <input type="checkbox"/> ダイアップ <input type="checkbox"/> エスクレ ___mg 1個挿肛 <input type="checkbox"/> すぐに救急搬送 <input type="checkbox"/> 保護者に連絡 <input type="checkbox"/> その他 [_____]
救急搬送が必要な状況
<input type="checkbox"/> 上記対応後、(□すぐに <input type="checkbox"/> ___分以上発作が止まらない場合) 救急車を要請 <input type="checkbox"/> その他 [_____]
救急搬送医療機関での特別な対応や配慮 (アレルギーや禁忌薬、特別な治療など)
<input type="checkbox"/> 通常のけいれん対応のみ <input type="checkbox"/> その他 [_____]
水泳学習参加の可否
<input type="checkbox"/> 通常参加 <input type="checkbox"/> 厳重監視下 (先生1人に対して生徒が少人数) のみ可 <input type="checkbox"/> 1対1の監視下のみ可 <input type="checkbox"/> 参加不可
宿泊学習参加の可否
<input type="checkbox"/> 通常参加 <input type="checkbox"/> 入浴や内服管理に注意しながら参加可 <input type="checkbox"/> 参加不可
その他の学校生活上の留意事項
<input type="checkbox"/> 危険性の高い活動時 (高所、火を使う調理実習など) に配慮が必要 <input type="checkbox"/> 階段など教室移動時に配慮が必要 <input type="checkbox"/> グレープフルーツジュース禁 <input type="checkbox"/> 発汗不良あり熱中症注意 <input type="checkbox"/> 強い磁場注意 <input type="checkbox"/> 指定の食事以外禁 <input type="checkbox"/> その他 [_____]
日常生活に必要な医療的ケアの状況 (使用している医療機器などの状況を含む)
<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻栄養 <input type="checkbox"/> 口腔・鼻腔吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ吸引 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門管理 <input type="checkbox"/> 迷走神経刺激療法 <input type="checkbox"/> ケトン食 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
その他

備考:1.必要がある場合は続紙に記載して添付すること。2.わかりやすく記入すること。3.必要がある場合は家庭環境等についても記載すること。

※記載内容は「北陸3県を対象とした学校におけるてんかんのある児童生徒の支援マニュアル -詳細版-」参照 (下記からダウンロード可能)

<https://plaza.umin.ac.jp/chneuro-hokuriku/html/epilepsy.html>