

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。

救急室での発作現象 (○□◇をレでチェック、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) ◇ 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 ◇ 一定せず
4	局在・分布	<input type="checkbox"/> 上肢・顔面	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> 全身 ◇ 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 ◇ 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) ◇ 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) ◇ 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 ◇ 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 ◇ 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 ◇ 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 ◇ 断片的にあり
12	失禁	<input type="checkbox"/> あり(尿)	<input type="checkbox"/> あり(便)	<input type="checkbox"/> なし □ 不明
13	外傷・咬傷	<input type="checkbox"/> 咬傷(舌・口内) (右、左)	<input type="checkbox"/> 咬傷 (舌の正中)	<input type="checkbox"/> 他の外傷 () □ 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 ◇ 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"/> 気管内挿管 <input type="checkbox"/> 人工呼吸管理 <input type="checkbox"/> 持続的静脈麻酔		
18	経過・その他			
	ご記入者			
ありがとうございました				

○ 各項目につき1点 □ 0点 ◇ 各項目につき-1点

スコア: ○ 1点=

◇ -1点=

合計点=

合計5点以上で部分発作が強く疑われる。合計が-5点以下では非てんかん性心因性発作の可能性が高い

今後の適切な診療のために大切な情報となりますので、下記にご記入ください。
ご協力をお願いいたします。

付添者への記入依頼 (□をレでチェック、選択を○で囲んでください)				
発作はどこで起きましたか？				
何時でしたか？	月	日	午前・午後	時 分頃 (睡眠中・起きているとき)
何をしているときに発作がおきましたか？				
倒れましたか？	<input type="checkbox"/> 倒れた	<input type="checkbox"/> 倒れなかった	<input type="checkbox"/> 横になっていた	
発作の様子は？	<input type="checkbox"/> 力が入っていた	<input type="checkbox"/> 力は入ってない	<input type="checkbox"/> ふるえていた	<input type="checkbox"/> ボーとした
発作が強かったのは？	<input type="checkbox"/> 左側	<input type="checkbox"/> 右側	<input type="checkbox"/> 左右とも	
発作が目立ったのは？	<input type="checkbox"/> 顔や口	<input type="checkbox"/> 上半身	<input type="checkbox"/> 下半身	<input type="checkbox"/> 全身
発作中に顔色は？	<input type="checkbox"/> 青白い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや紅い	
発作中の身体の位置は？	<input type="checkbox"/> 同じ位置で	<input type="checkbox"/> 右や左に動いた	<input type="checkbox"/> ころげまわった	
まぶたは開いていた？	<input type="checkbox"/> 開いていた	<input type="checkbox"/> 眼は閉じていた	<input type="checkbox"/> よくわからない	
発作がおさまったのは？	<input type="checkbox"/> 救急車をよぶ前	<input type="checkbox"/> 救急車がくる前	<input type="checkbox"/> 救急車のなかで	<input type="checkbox"/> とまらず
発作による怪我は？	<input type="checkbox"/> 口・舌を切った	<input type="checkbox"/> 身体に怪我あり	<input type="checkbox"/> 怪我はなし	
失禁は？	<input type="checkbox"/> あり (尿・便)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	
その他、気のついたこと				
ご要望など				
ご記入者	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 職場・学校の関係者	<input type="checkbox"/> その他 ()	
ありがとうございました				