

発作マネジメント共有シート

主治医からのご連絡

様

現在、以下の患児は、(けいれん ・ てんかん)のため通院治療を受けています。

以下の情報を確認の上、発作時の対応や日常生活の留意点についてご配慮をお願いいたします。(記載日: 年 月 日)

氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)
保護者/介護者氏名		連絡先	
緊急連絡先 ※1、2、3の順で ご連絡ください	順序	連絡先名	電話番号(自宅/携帯/会社など) 本人との関係
	1		
	2		
	3		
発作の情報 (熱性けいれん、てんかんなど)	発作のタイプ	発作の持続時間・頻度	備考
	①		
	②		
	③		
	発作を起こしやすい条件()		発作後の状態()
普段服用しているお薬 (けいれん/てんかんへの薬剤)			
発作が起きた時の 基本的な対応	✓ 体を無理に押さえつけず、危険なものや場所を避け、頭の下にクッションなどを敷いて安全を確保してください ✓ □の中にもものを入れたりしないでください ✓ □の中に食べ物が入っていたら、無理に取り出さずに、からだを横向きにして、そばで注意深く見守ってください ✓ 危険がないように、発作が終わり意識が回復するまで必ず誰かがそばについていてください ✓ その他()		
緊急性を要する 場合の対応 ※該当する番号に ○を入れています	緊急対応を要するタイミング: A. 保護者に緊急連絡 B. 救急搬送を手配(特記欄:) C. 発作のタイプによって、長引く場合は、以下のお薬を投与 お薬の名前() 投与タイミング() お薬の名前() 投与タイミング() D. 医師に連絡(特記欄:) E. その他()		緊急性を要する場合(例) ● 発作が5分以上持続する ● 意識を回復せずに発作を繰り返す ● ケガをした ● 呼吸困難がある ● 発作が水中で起きた
緊急時の お薬投与後の対応	お薬投与後、下記の変化について、観察してください ✓ お薬を投与後、10分以内に発作が止まるかどうか ✓ 呼吸の状態(呼吸が遅い、浅いまたは止まった、唇が青い) ✓ 意識の状態(意識がもうろうとしている、意識がない) ✓ いつもの発作と発作後の様子が違うか ✓ その他()		
指定の搬送先病院が ある場合	病院名:	電話番号:	
学校・園での生活の制限 ※該当事項は□に ✓を入れています	<input type="checkbox"/> 特にありません <input type="checkbox"/> 右記について、ご配慮をお願いします() <input type="checkbox"/> 右記には参加することができません()		
その他の連絡事項			

日常生活ならびに緊急時においては、上記の対応につき、ご理解ご協力いただきますようお願いいたします。

施設名:

医師名:

(保護者署名*)保護者名:

監修: 埼玉県立小児医療センター 副病院長 浜野 晋一郎 先生

※ 保護者以外への使用依頼時に署名

発作マネジメント共有シート
(記入見本)

〇〇〇〇

様

現在、以下の患児は、(けいれん ・ てんかん)のため通院治療を受けています。

以下の情報を確認の上、発作時の対応や日常生活の留意点についてご配慮をお願いいたします。(記載日: 年 月 日)

氏名	(こどものおなまえ)	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)
保護者/介護者氏名	(保護者の名前)	連絡先		
緊急連絡先 ※1、2、3の順で ご連絡ください	順序	連絡先名	電話番号(自宅/携帯/会社など)	
	1	} (主治医の先生と保護者の間で確認ください)		
	2			
3				
発作の情報 (熱性けいれん、てんかんなど)	発作のタイプ	発作の持続時間・頻度	備考	
	① ミオクローニー発作	1秒 1回/月	まれに突然転倒します	
	② 強直間代発作	1-2分 1回/3ヵ月	まれに5分以上続くことがあります	
	③			
発作を起こしやすい条件(疲れているとき) 発作後の状態(②の後はもうろうとする)				
普段服用しているお薬 (けいれん/てんかんへの薬剤)	お薬の名前を記載します(お薬手帳のコピーも可能)			
発作が起きた時の 基本的な対応	✓ 体を無理に押さえつけず、危険なものや場所を避け、頭の下にクッションなどを敷いて安全を確保してください ✓ □の中にもものを入れたりしないでください ✓ □の中に食べ物が入っていたら、無理に取り出さずに、からだを横向きにして、そばで注意深く見守ってください ✓ 危険がないように、発作が終わり意識が回復するまで必ず誰かがそばについていてください ✓ その他 ()			
緊急性を要する 場合の対応 ※該当する番号に ○を入れています	緊急対応を要するタイミング: 発作時にAを、発作が5分続けばB、Cをお願いします			緊急性を要する場合(例) ● 発作が5分以上持続する ● 意識を回復せずに発作を繰り返す ● ケガをした ● 呼吸困難がある ● 発作が水中で起きた
	A 保護者に緊急連絡 B 救急搬送を手配(特記欄:) C 発作のタイプによって、長引く場合は、以下のお薬を投与 お薬の名前(〇〇〇〇〇) 投与タイミング(上記発作②が5分以上続くとき) お薬の名前() 投与タイミング() D 医師に連絡(特記欄: お薬で発作が止まった場合も医療機関を受診ください) E その他(上記発作①で頭を強く打った時も救急搬送をお願いします)			
緊急時の お薬投与後の対応	お薬投与後、下記の変化について、観察してください ✓ お薬を投与後、10分以内に発作が止まるかどうか ✓ 呼吸の状態(呼吸が遅い、浅いまたは止まった、唇が青い) ✓ 意識の状態(意識がもうろうとしている、意識がない) ✓ いつもの発作と発作後の様子が違うか ✓ その他(上記のいずれかに該当すれば、救急搬送の上、医療機関を受診ください)			
指定の搬送先病院が ある場合	病院名: 中央区こども病院	電話番号: 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
学校・園での生活の制限 ※該当事項は□に ✓を入れています	□ 特にありません ✓ 右記について、ご配慮をお願いします(普段は普通の子供と同じように接してください) ✓ 右記には参加することができません(プール、負荷が大きな運動(長距離走など))			
その他の連絡事項				

日常生活ならびに緊急時においては、上記の対応につき、ご理解ご協力いただきますようお願いいたします。

施設名: 抱山大学病院

医師名: 武田 △△

(保護者署名*)保護者名: 〇〇〇〇

※保護者以外への使用依頼時に署名

監修: 埼玉県立小児医療センター 副病院長 浜野 晋一郎 先生