

発作観察の要点

氏名

| | | | | | | | |
|---|-----|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------|---|
| 発作が起こった場所: | 日付: | 年 | 月 | 日 | 時間: | 時 | 分 |
| 1 発作の前 | | | | | | | |
| 何をしていた | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 起きていた：何をしていた | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 寝ていた（睡眠中） | | | | <input type="checkbox"/> わからない | | | |
| 考えられる発作の誘因 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 薬を服用しなかった | | | | <input type="checkbox"/> 光の点滅、音など | | | |
| <input type="checkbox"/> 前夜の寝不足 | | | | <input type="checkbox"/> 最近のストレス | | | |
| <input type="checkbox"/> 悦びや興奮や怒りや恐怖 | | | | <input type="checkbox"/> 特になし | | | |
| <input type="checkbox"/> その他： | | | | <input type="checkbox"/> わからない | | | |
| 2 発作のはじまるとき | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 発作のはじまりに気づいていた： | | | | どのように | | | |
| <input type="checkbox"/> はじまりはわからない | | | | <input type="checkbox"/> わからない | | | |
| 発作のはじまりの様子 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 声が出た：どのような | | | | <input type="checkbox"/> 声を出すことはなかった | | | |
| <input type="checkbox"/> 急にはじまった | | | | <input type="checkbox"/> ゆっくりと（じわじわと）はじまった | | | |
| <input type="checkbox"/> 体の一部分からはじまった： <input type="checkbox"/> 右 | | | | <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方 | | | |
| <input type="checkbox"/> 倒れた（ <input type="checkbox"/> バタンと <input type="checkbox"/> ゆっくりと） | | | | <input type="checkbox"/> 倒れなかった | | <input type="checkbox"/> わからない | |
| 3 発作中には | | | | | | | |
| 筋肉はこわばっていた | | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 力は抜けていた | | | |
| こわばっていたのは、 | | <input type="checkbox"/> 顔 | <input type="checkbox"/> 腕 | <input type="checkbox"/> 足 | <input type="checkbox"/> 全身 | | |
| | | <input type="checkbox"/> ひだり | <input type="checkbox"/> みぎ | <input type="checkbox"/> 両方 | <input type="checkbox"/> わからない | | |
| <input type="checkbox"/> こわばったあとで、全身を大きくビクンビクンとさせた | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 最初から全身をビクンビクンとさせていた | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 体の一部のピクピクとさせていた：体のどこ | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 強まったり弱まったりしていた | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他の動き（振り回す、ばたばたする、喋る、口を動かすなど）： | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 最初からずっとじっとしたまま | | | | <input type="checkbox"/> わからない | | | |
| 意識は | | <input type="checkbox"/> はっきりしていた | <input type="checkbox"/> ぼんやりしていた | <input type="checkbox"/> 失われていた | <input type="checkbox"/> わからない | | |
| 呼吸は | | <input type="checkbox"/> していた | <input type="checkbox"/> 止まっていた | <input type="checkbox"/> あとで大きく息をふいた | | | |
| 顔の様子は | | <input type="checkbox"/> 開眼していた | <input type="checkbox"/> 閉眼していた | <input type="checkbox"/> 唾液が出た | <input type="checkbox"/> わからない | | |
| 顔色は | | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 蒼白 | <input type="checkbox"/> 紅潮 | <input type="checkbox"/> わからない | | |
| その他 | | <input type="checkbox"/> 嘔吐した | <input type="checkbox"/> 失禁した | <input type="checkbox"/> 失便した | <input type="checkbox"/> 舌や口内を咬んだ | | |
| どのような介助をしたか （例：姿勢を変える、座薬を挿入） | | | | | | | |
| 4 発作のあと | | | | | | | |
| 発作の長さ | | 時間 | 分 | 秒 | <input type="checkbox"/> おおよそ | <input type="checkbox"/> 時計をみた | |
| 発作の終わり | | <input type="checkbox"/> 突然 <input type="checkbox"/> ゆっくりと | | | | | |
| 発作後のようす | | <input type="checkbox"/> 疲れてぐったり <input type="checkbox"/> 興奮した <input type="checkbox"/> 眠った | | | | | |
| 回復（はっきりするまで） | | <input type="checkbox"/> ただちに <input type="checkbox"/> 1分以内 <input type="checkbox"/> 5分以内 <input type="checkbox"/> もっと長い | | | | | |
| 発作がたてつけにおこった | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：どれくらいの時間の中に： | | | | | |
| ケガは | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり どのような： | | | | | |

発作の観察をされる方へ

てんかん発作が起こったときに観察を行いやすいように、医師が問診でお伺いする内容をもとに、観察の要点を表にまとめました。

発作が起こったときに、分かる範囲で結構ですので項目に沿ってチェックを行ってください。

当てはまる項目がない場合は無理に当てはめることはせずに「わからない」の項目にチェックをしてください。

千葉県循環器病センター てんかん外来