

## けいれん調査

記入日： 平成 年 月 日

児童名 \_\_\_\_\_

1、今までにけいれんを起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ

はいと答えた方

①はじめてけいれんを起こしたのはいつですか？ ( 歳 ヶ月)

②最後にけいれんを起こしたのはいつですか？  
( 歳 ヶ月) または ( 年 月頃)

③今までに何回けいれんがありましたか？ ( 回)

④けいれん部位は？ 全身性 ・ 体の一部のみ (部位 )

⑤けいれんの継続時間は？ 10 分以下 ・ 10 分以上 ( 分)

はいと答えた方 それは何の食べ物ですか？ ( )

⑥けいれん時の熱は？ 平熱 ・ 発熱 ( °C位)

⑦けいれんを 24 時間以内に繰り返したことはありますか？ はい ・ いいえ

⑧けいれんで病院にかかったことはありますか？はい (診断名： ) ・ いいえ

⑨脳の検査を受けたことはありますか？ はい (結果： ) ・ いいえ

⑩家族でけいれんを起こした人はいますか？ はい ・ いいえ

⑪けいれん時の対処法について詳しくお書き下さい。