

〈熱性けいれん時 チェックリスト〉

◆ 基本情報

- 記録日 : ____年 ____月 ____日
- 年 齢 : ____歳 ____ヶ月
- 発熱の開始時刻 : ____月 ____日 (____時頃)
- けいれんの発症時刻 : ____ : ____頃
今までけいれんを起こしたことがあるか (YES / NO)

◆ けいれん時の症状について

けいれんは、どのくらいの時間だったのか

- ☐ 1分未満 ☐ 1分以上～5分未満 ☐ 5分以上～10分未満 ☐ 10分以上
時間計測ができた場合、実際の計測時間は ____ 分 ____ 秒

◆ 意識の有無について

意識はあったか？ (YES / NO)
NO の場合、回復までにかかった時間は ____ 分 ____ 秒

◆ けいれんの様子について

左右同時にけいれんしていたか？ (YES / NO)
体に赤みや発疹などはあるか？ (YES / NO)
吐いたり、ろれつが回らない様子はあったか？ (YES / NO)

◆ 薬の使用について

抗けいれん薬を使用したか？ (YES / NO)
薬剤名・使用時間 : _____

医師に相談したいこと (メモ欄)

1. 抗けいれん薬の使い方について

- ☐ どのくらい時間を空ければ、再使用してもよいか？
☐ 熱があるだけでも予防的に使ってよいか？
☐ 今後の発熱した時には使用した方がよいのか？やめるタイミングは？

2. 救急車を呼ぶ目安について

- ☐ どの程度までなら様子を見てよいのか？

3. けいれん時の注意点について

4. その他、気になること
