

てんかん発作に対するアクションプラン(発作治療計画)

現在、以下の者は、(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。

なまえ () 生年月日 () 記載日 ()
介護者のなまえ/連絡先 () / ()

緊急連絡先 (連絡先名 / 電話番号 / 本人との関係)
1 (/ /)
2 (/ /)
3 (/ /)

医療提供者のなまえ/連絡先 () / ()

発作の情報

発作をおこしやすい条件(誘因)

発作のパターン(持続時間、頻度など)

発作のタイプ(あてはまるものすべてにチェック)

<input type="checkbox"/> 脱力発作 頭が下がる 筋力が低下・消失する 前かがみになったり倒れたりする	<input type="checkbox"/> 欠神発作 脳全体におこる 目を素早く回す まぶたがびくびくする ぼんやりとした視線 空想と混同されることがある	<input type="checkbox"/> 強直発作 からだがかたくなる 口を固く食いしぼる 失禁 背中を反らせる	<input type="checkbox"/> 間代発作 だ液が泡立つ ガクガクとした動き まばたき	<input type="checkbox"/> 焦点意識減損(複雑部分)発作 脳の特定の領域でおこる 説明 ぼんやりとした視線
-------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

メモ _____

普段服用/使用しているお薬(てんかん/けいれんで飲んでいる/使用しているお薬)

緊急性を要する場合の対処法

該当する番号に○をつけてください。

緊急対応を要するタイミング: _____

1. 介護者に緊急連絡
2. 発作のタイプによって、抗けいれん薬(レスキュー薬)の投与…右ページ黄信号参照
3. 救急搬送を手配…右ページ赤信号参照
4. 医師に連絡: _____
5. その他: _____

発作時の対処法

基本的な対処法

()がおきた場合、以下の対処をおこなってください。

発作の時間をはかる メモ _____ 	そばで見守る メモ _____ 	安全を確保する メモ _____ 	横向きに寝かせる メモ _____ 	記録する(録画など) メモ _____
---------------------------	------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------

抗けいれん薬(レスキュー薬)の投与

()がおきた場合、上に記載の基本的な対処法とレスキュー薬の投与をおこなってください。

<input type="checkbox"/> スピリア 1回()mg <input type="checkbox"/> 片方の鼻に1回 <input type="checkbox"/> 両方の鼻に1回ずつ メモ _____	<input type="checkbox"/> その他 メモ _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

救急搬送の手配

以下のようなことがおきた場合	すぐに救急搬送を手配してください。
<input type="checkbox"/> 呼吸抑制のリスクがあると医師に判断されている <input type="checkbox"/> いつもとは違うと感じる <input type="checkbox"/> スピリア投与後、発作がおさまらない <input type="checkbox"/> 呼吸の回数が少ない、浅い、またはとまった <input type="checkbox"/> 発作がおさまった後も唇が青い状態がつづいている <input type="checkbox"/> 2回目のスピリアを投与した後に発作がふたたびおきた <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 上記にあてはまるものはないが必要性を感じる	 指定の搬送先病院がある場合 病院名 _____ 連絡先 _____ メモ _____ 医療提供者のなまえ/連絡先 _____

その他の連絡事項

医療機関() 主治医()
(保護者署名*) 保護者() ※保護者以外への使用依頼時に署名
日付()年()月()日