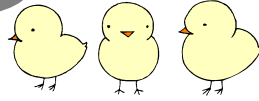


てんかん



※当てはまる()に○をつけましょう。

発作について	<input type="checkbox"/> 手足が硬くなり動かないけいれん <input type="checkbox"/> 手足をがたがたさせるけいれん <input type="checkbox"/> 手足が脱力するけいれん その他どのようなけいれんか: [] 継続時間() 発作を起しやすい状況について(環境や体調) []
緊急時の対応	緊急事態になることがある発作の状態と対応について: [] 緊急時の座薬などの取り扱いについて: []
服薬について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名[] 回数 1日 回 (朝・昼・夜) (食前・食間・食後)



記入年月日 年 月 日 なまえ _____