

受付 ( )

子ども氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 H・R 年 月 日 ( 歳)

①今までにけいれん・発作はありますか。

ない ・ **ある** ( 熱性 ・ 無熱性 ・ てんかん ・ 喘息 )



Q : 初回はいつ頃ですか?  
 A ( H・R 年 月頃)  
 Q : どんな時に起きましたか。兆候は。(例: 風邪をひいて熱が上がった etc)  
 A ( )  
 Q : 今までに何回ありましたか。最近は何頃ですか。  
 A ( \_\_\_\_\_回 最近 H・R \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃)  
 Q : 予防薬 (ダイアップ etc) は処方されていますか。  
 A ( ない ・ ある 【 \_\_\_\_\_ 】 )  
 Q : 発作時の状況について、どんな発作でしたか。(例: 全身がつっぱり 1分くらいで戻った etc)  
 A ( \_\_\_\_\_ )  
 Q : 預かり中配慮が必要なことはありますか。  
 A ( \_\_\_\_\_ )

②障害・疾病はありますか。(または医師から障害・疾病の可能性について話をされたことがありますか)

ない ・ **ある** (診断名: \_\_\_\_\_)



Q : 現在の状況をお聞かせください。(通院状況、発作時の状況)  
 A ( \_\_\_\_\_ )  
 Q : 内服中の薬はありますか。  
 A ( ない ・ ある )  
 Q : 薬はどんな時に飲ませますか。(内服薬がある方のみお答えください)  
 A ( 常用 ・ 頓服 ) → (薬名: \_\_\_\_\_ )  
 Q : 預かり中配慮が必要なことはありますか。  
 A ( \_\_\_\_\_ )

③アレルギーはありますか。(アレルギーの原因となる物・食べ物の場合は除去の程度)

ない ・ **ある** ( \_\_\_\_\_ )

Q : 症状をお聞かせください。アナフィラキシー ( ない ・ ある )  
 A ( \_\_\_\_\_ )  
 Q : 内服薬はありますか。  
 A ( ない ・ ある 【 \_\_\_\_\_ 】 )  
 Q : エピペンの処方がありますか。  
 A ( ない ・ ある )  
 Q : 医者からどのような指示を受けていますか。(指示書はありますか。)  
 A ( \_\_\_\_\_ )  
 Q : 預かり中配慮が必要なことはありますか。  
 A ( \_\_\_\_\_ )