○○○○学校

○○○○ 先生

**健康情報連絡シート**

　日頃よりご指導をいただき、誠にありがとうございます。

　（子どもの氏名）　　　　　　はてんかんで治療を受けております。てんかんの症状や服用しているお薬などについてお知らせいたします。お手数をおかけいたしますが、ご確認をいただき、ご配慮をいただけますようお願い申し上げます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　組 | 氏 名 | | | （男･女） | | | | 生年月日 | 年 月　 日 | |
| 保護者氏名 |  | | | | 住所 | 〒 | | | | |
| 緊急連絡先  **※1,2,3 の順でご連絡ください** | 順序 | 連絡者氏名 | | | 電話番号（自宅/携帯/会社など） | | | | | 本人との関係 |
| 1 |  | | |  | | | | |  |
| 2 |  | | |  | | | | |  |
| 3 |  | | |  | | | | |  |
| 4 |  | | |  | | | | |  |
| 5 |  | | |  | | | | |  |
| 通院している病院 | 病院名 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | 医師名 | | | |
| 服用している薬 | 薬剤名（　　　　　　　　　）（1回量○○・1日○回・食前/食後）  薬剤名（　　　　　　　　　）（1回量○○・1日○回・食前/食後）  薬剤名（　　　　　　　　　）（1回量○○・1日○回・食前/食後） | | | | | | | | | |
| お薬の副作用  **※該当する事項に✓を入れています** | お薬の副作用で下記のような症状が出ることがあります。  〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | | | | | |
| 学校生活での制限  **※該当する事項に✓を入れています** | □特にありません  □下記について、ご配慮をお願いします  □下記には参加することができません | | | | | | | | | |
| 発作起こりやすい時間帯や環境・要因  **※該当する事項に✓を入れています** | 発作が起こりやすい時間  □特にありません　□（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  発作が起こりやすい環境や要因  □睡眠不足　□過呼吸　□疲労　□ストレス　□予期しない音  □しま模様をみたとき　□光の点滅を見たとき　□読書や計算を長く続けたとき  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 起こることのあるてんかんの発作  **※該当する事項に✓を入れています** | □全身が硬直し、手足をガクガクさせる  □数秒～30秒意識を失い、ぼーっとしたり眼球が上転する  □急に力が抜けて、頭がガクンとしたり手足の力が抜けて倒れる  □手足や頭を一瞬ピクッとさせる  □手足が動く、しびれ、めまい、視覚や聴覚など感覚異常がある  □服をまさぐる、歩き回る、口をモグモグする、呼びかけに答えない、無表情になる  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 発作時に対応していただきたいこと  **※該当する事項に✓を入れています** | □発作中は無理に押さえつけたりせず、危険なものや場所を避け、安全なところで、そばに寄り添って、発作がおさまるのを見守ってください  □発作の様子をよく見て、意識が戻るのを見守っていてください  □意識のないまま歩き回る場合は、危険な場所に行かないように寄りそって、  発作のおさまるまでそばについていてください  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **※発作を何回も繰り返したり、5分以上続く場合は、救急車を呼んでください** | | | | | | | | | |
| 発作時に使用してほしい薬 | 薬剤名 | |  | | | | | | | |
| その他の連絡事項 |  | | | | | | | | | |

記入日：　　　　年　　月　　日