

新北市身心障礙學生癲癇紀錄表

學校名稱：_____ 學生：_____

紀錄者：_____

日期	發作時間	可能原因	發作時的症狀	處理方式	發作後情形	用藥紀錄	其他紀錄
月 日	開始：____點____分 結束：____點____分	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 睡眠不足 <input type="checkbox"/> 飢餓 <input type="checkbox"/> 服用藥物 <input type="checkbox"/> 聲光刺激 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 不明原因 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 意識狀態不清醒 <input type="checkbox"/> 局部肢體或全身僵直或抽搐 <input type="checkbox"/> 雙目直視、失神、發呆、迷惘或昏迷 <input type="checkbox"/> 臉、手、腳局部抽搐 <input type="checkbox"/> 雙目上吊、牙關緊閉、口吐白沫 <input type="checkbox"/> 咬破舌頭或嘴唇 <input type="checkbox"/> 大、小便失禁 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 自行處理： <input type="checkbox"/> 塞劑 <input type="checkbox"/> 給氧 <input type="checkbox"/> 等待自行恢復 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 送醫	<input type="checkbox"/> 身體不適 <input type="checkbox"/> 局部肢體無力 <input type="checkbox"/> 神智不清 <input type="checkbox"/> 其他： 持續時間：____分鐘		
月 日	開始：____點____分 結束：____點____分	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 睡眠不足 <input type="checkbox"/> 飢餓 <input type="checkbox"/> 服用藥物 <input type="checkbox"/> 聲光刺激 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 不明原因 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 意識狀態不清醒 <input type="checkbox"/> 局部肢體或全身僵直或抽搐 <input type="checkbox"/> 雙目直視、失神、發呆、迷惘或昏迷 <input type="checkbox"/> 臉、手、腳局部抽搐 <input type="checkbox"/> 雙目上吊、牙關緊閉、口吐白沫 <input type="checkbox"/> 咬破舌頭或嘴唇 <input type="checkbox"/> 大、小便失禁 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 自行處理： <input type="checkbox"/> 塞劑 <input type="checkbox"/> 給氧 <input type="checkbox"/> 等待自行恢復 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 送醫	<input type="checkbox"/> 身體不適 <input type="checkbox"/> 局部肢體無力 <input type="checkbox"/> 神智不清 <input type="checkbox"/> 其他： 持續時間：____分鐘		
月 日	開始：____點____分 結束：____點____分	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 睡眠不足 <input type="checkbox"/> 飢餓 <input type="checkbox"/> 服用藥物 <input type="checkbox"/> 聲光刺激 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 不明原因 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 意識狀態不清醒 <input type="checkbox"/> 局部肢體或全身僵直或抽搐 <input type="checkbox"/> 雙目直視、失神、發呆、迷惘或昏迷 <input type="checkbox"/> 臉、手、腳局部抽搐 <input type="checkbox"/> 雙目上吊、牙關緊閉、口吐白沫 <input type="checkbox"/> 咬破舌頭或嘴唇 <input type="checkbox"/> 大、小便失禁 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 自行處理： <input type="checkbox"/> 塞劑 <input type="checkbox"/> 給氧 <input type="checkbox"/> 等待自行恢復 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 送醫	<input type="checkbox"/> 身體不適 <input type="checkbox"/> 局部肢體無力 <input type="checkbox"/> 神智不清 <input type="checkbox"/> 其他： 持續時間：____分鐘		

日期	發作時間	可能原因	發作時的症狀	處理方式	發作後情形	用藥紀錄	其他紀錄
月 日	開始：____點____分 結束：____點____分	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 睡眠不足 <input type="checkbox"/> 飢餓 <input type="checkbox"/> 服用藥物 <input type="checkbox"/> 聲光刺激 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 不明原因 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 意識狀態不清醒 <input type="checkbox"/> 局部肢體或全身僵直或抽搐 <input type="checkbox"/> 雙目直視、失神、發呆、迷惘或昏迷 <input type="checkbox"/> 臉、手、腳局部抽搐 <input type="checkbox"/> 雙目上吊、牙關緊閉、口吐白沫 <input type="checkbox"/> 咬破舌頭或嘴唇 <input type="checkbox"/> 大、小便失禁 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 自行處理： <input type="checkbox"/> 塞劑 <input type="checkbox"/> 給氧 <input type="checkbox"/> 等待自行恢復 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 送醫	<input type="checkbox"/> 身體不適 <input type="checkbox"/> 局部肢體無力 <input type="checkbox"/> 神智不清 <input type="checkbox"/> 其他： 持續時間：____分鐘		
月 日	開始：____點____分 結束：____點____分	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 睡眠不足 <input type="checkbox"/> 飢餓 <input type="checkbox"/> 服用藥物 <input type="checkbox"/> 聲光刺激 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 不明原因 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 意識狀態不清醒 <input type="checkbox"/> 局部肢體或全身僵直或抽搐 <input type="checkbox"/> 雙目直視、失神、發呆、迷惘或昏迷 <input type="checkbox"/> 臉、手、腳局部抽搐 <input type="checkbox"/> 雙目上吊、牙關緊閉、口吐白沫 <input type="checkbox"/> 咬破舌頭或嘴唇 <input type="checkbox"/> 大、小便失禁 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 自行處理： <input type="checkbox"/> 塞劑 <input type="checkbox"/> 給氧 <input type="checkbox"/> 等待自行恢復 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 送醫	<input type="checkbox"/> 身體不適 <input type="checkbox"/> 局部肢體無力 <input type="checkbox"/> 神智不清 <input type="checkbox"/> 其他： 持續時間：____分鐘		
月 日	開始：____點____分 結束：____點____分	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 睡眠不足 <input type="checkbox"/> 飢餓 <input type="checkbox"/> 服用藥物 <input type="checkbox"/> 聲光刺激 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 不明原因 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 意識狀態不清醒 <input type="checkbox"/> 局部肢體或全身僵直或抽搐 <input type="checkbox"/> 雙目直視、失神、發呆、迷惘或昏迷 <input type="checkbox"/> 臉、手、腳局部抽搐 <input type="checkbox"/> 雙目上吊、牙關緊閉、口吐白沫 <input type="checkbox"/> 咬破舌頭或嘴唇 <input type="checkbox"/> 大、小便失禁 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 自行處理： <input type="checkbox"/> 塞劑 <input type="checkbox"/> 給氧 <input type="checkbox"/> 等待自行恢復 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 送醫	<input type="checkbox"/> 身體不適 <input type="checkbox"/> 局部肢體無力 <input type="checkbox"/> 神智不清 <input type="checkbox"/> 其他： 持續時間：____分鐘		