

# 救急搬送カード

【裏面あり】

ふりがな

名前

生年  
月日

S・H・R  
(西暦)

年  
年)

月

日生  
( 歳)

体重

Kg

住所

電話番号

—

—

連絡先(保護者氏名・電話番号)

続柄

—

—

病名：

特記事項(既往・アレルギー等)

内服薬

搬送先病院

主治医

電話番号

—

—

診察券番号(ID)

## 発作開始時間

年 月 日 午前・午後

時 分

## 体温(腋窩)

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ °C ( \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 計測)

## 発作時使用薬剤

午前・午後

時 分

- ダイアアップ坐薬 【4・6・10】mg  
 エスクレ 注腸液・坐薬 【 \_\_\_\_\_ 】mg / cc  
 ブコラム 口腔用液【0.5・1・1.5・2】cc  
 (ミダゾラム5mg/cc)

## 発作型

右優位・左優位・左右差なし / 眼球偏位:右・左・上

- 強直発作       間代発作       強直間代発作  
 複雑部分発作       欠神発作

## 発症から救急要請までの経過

(発熱:いつから / 発作:いつ・●分・●回 等)

## 重積時【病院内】使用薬剤(以前使用し鎮痙効果のあった薬剤)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ジアゼパム    セルシン        | <input type="checkbox"/> レベチラセタム    イーケプラ  |
| <input type="checkbox"/> ロラゼパム    ロラピタ        | <input type="checkbox"/> チオペンタール    ラボナール  |
| <input type="checkbox"/> ミダゾラム    ミダフレッサ      | <input type="checkbox"/> チアミラール    イソゾール   |
| <input type="checkbox"/> フェノバルビタール<br>ノーベルパール | <input type="checkbox"/> ホスフェニトイン    ホストイン |

## 主治医 特記事項

## その他(疾患概要・メモ等)