

**私はてんかん発作を起こすことがあり
支援を必要としています。**

発作が起きた時支援してほしいこと

1. 救急車を呼んでください。
2. 救急車を呼ばないで状態を観察して下さい。

(私の希望は○で囲んだ方です)

◎ただし、けがをしていたり、けいれんが 5 分以上続くとときは、救急車を呼んでください。

山折り
性別と住所の町村以下の記入は任意です。

氏名：

年齢 () 記載日 年 月 性別 ()

住所：鳥取県 市・郡 町・村

緊急連絡先

氏名：

電話：

発作の症状：

発作の時間：

発作後の状態：

受診医療機関名：

電話：

服用薬 (種類・量・回数) ※薬手帳のコピー貼付可

2枚印刷してご利用ください。1枚は必要事項を記入し半分に折りさらにそれを半分に折って、財布や名刺入れ等に入れ常備してください。

あと1枚にも必要事項を記入し、半分に折りさらに半分に折ってケースに入れ外出時に首からかけておく。…このような方法で使っていただけたらと考えています。自然災害の多い昨今ですが、備えあれば患いなしの願いを込めて、鳥取県てんかん診療連携体制整備事業が作成いたしました。

左の紫色の太枠を切り取って使ってください。