



# 癫痫发作问诊

学年 \_\_\_\_\_

学生 出生日期	年级	家长/监护人	电话
神经科医生		家长/监护人	电话
电话	上次就诊	紧急	电话
		<input type="checkbox"/> Maine Care	<input type="checkbox"/> 私人保险 <input type="checkbox"/> 需要信息

课外活动:

诊断/癫痫类型	发病年龄	发作频率	发作持续时间
已知诱因:		描述癫痫发作活跃状况:	
您的孩子有持续超过 5 分钟的癫痫发作史吗?		您的孩子有急救用药史吗?	
描述您孩子在癫痫发作前的感觉/表现。		如果您孩子有迷走神经刺激器, 请提供说明:	
描述您孩子癫痫发作后的表现。		描述您孩子对癫痫发作的理解。	

请务必在年度健康表上列出日常和紧急药物。

描述在校期间必要的注意事项。

- |                                  |                                |
|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 运动会/体育课 | <input type="checkbox"/> 教室    |
| <input type="checkbox"/> 课间休息    | <input type="checkbox"/> 巴士/交通 |

请分享任何与健康相关的目标和所需的帮助。

通过在下面签名, 我允许校医与适当的学校和医务人员分享有关我学生的健康信息, 以保证我学生在学校的持续安全。

家长/监护人 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

紧急情况下, 如果需要帮助, 但无法联系到紧急联系人, 我们将联系医疗保健提供者, 并在必要时拨打 911 (急救电话)。