

発作記録表

お名前 _____

年 _____ 月 _____

発作型 (主な発作型について記載 例:○ 視線が合わずぼーっとする)

発作が起きた日、時刻に○●◎△▲などの印を付けてください。

発作型が二種類以上の時は、印を変えてください。

睡眠中の時間帯は斜線/////を付けてください。メモには体調の変化などをお書きください。



日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
午 前	1																																		
	2																																		
	3																																		
	4																																		
	5																																		
	6																																		
	7																																		
	8																																		
	9																																		
	10																																		
	11																																		
	12																																		
午 後	1																																		
	2																																		
	3																																		
	4																																		
	5																																		
	6																																		
	7																																		
	8																																		
	9																																		
	10																																		
	11																																		
	12																																		
計																																			
メ モ																																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				

処方	投与量