



てんかんと発達の

横浜みのる神経クリニック

てんかん外来 問診票

てんかんの診療は問診が非常に大切です。この問診票には、発作とは直接関係がないように思われる内容もありますが、てんかんの診療では様々な情報が必要となります。ご家族などの発作を見たことのある方にもご協力いただいでできる限りご記入下さい。

フリガナ	住所（〒 - ）		
お名前			
生年月日（西暦）	年	月	日
	性別	男・女	
電話	緊急連絡先（本人との関係： ）		

身長	cm	体重	kg	体温	℃	脈拍	回/分	血圧	/	mmHg
----	----	----	----	----	---	----	-----	----	---	------

本日はどうして当クリニックを受診されましたか。当てはまるものは全てにチェックして下さい。

<input type="checkbox"/> 今の治療を継続してほしい	<input type="checkbox"/> 発作をもっと減らしたい	<input type="checkbox"/> てんかんかどうか知りたい
<input type="checkbox"/> 脳波検査をしてほしい	<input type="checkbox"/> 今のお薬や今の診断について相談したい（セカンドオピニオン）	
<input type="checkbox"/> その他（ ）		

どこで当クリニックを知りましたか。当てはまるものは全てにチェックして下さい。

<input type="checkbox"/> 主治医からの紹介（病院名： 医師名： 先生）	
<input type="checkbox"/> 施設スタッフからの紹介（施設名： お名前： ）	
<input type="checkbox"/> 患者様からの紹介（お名前： ）	<input type="checkbox"/> インターネット
<input type="checkbox"/> 広告（ちらし、電柱広告、波の会の広告、その他： ）	
<input type="checkbox"/> その他：	

ご家族について支障のない範囲で教えて下さい。

ご両親の年齢を教えてください。 父 才 母 才 ご兄弟・姉妹は何人いますか。 人

ご結婚は、 していない・している お子様は、 いない・いる （いる）場合→ 人

一緒に暮らしている方は何人おられますか。 人

ご家族の中に、小さい時に熱性けいれんを起こした方がいますか。

<input type="checkbox"/> いない・いる	（いる）場合→	どなたですか。
---------------------------------	---------	---------

ご家族の中に、ひきつけ・けいれん・てんかんを起こした方がいますか。

<input type="checkbox"/> いない・いる	（いる）場合→	どなたですか。
---------------------------------	---------	---------

ご家族の中に、精神科・脳神経内科・心療内科に通院されている方はいますか。

<input type="checkbox"/> いない・いる	（いる）場合→	どなたですか。
---------------------------------	---------	---------

次のページがあります。

ご自身のこれまでの健康状態について支障のない範囲で教えてください。

ご自身が生まれ時の様子はどうでしたか。

出生： 週	出生時体重： g	仮死（なかった・あった）	保育器（入った・入らなかった）
-------	----------	--------------	-----------------

ご自身の赤ちゃんの時の発達の様子を教えてください。

首のすわり： ヶ月	お座り： ヶ月	歩く： ヶ月	意味のある言葉： ヶ月
-----------	---------	--------	-------------

小さいころに高熱の時にひきつけを起こしたことがありますか

なかった・あった	（あった）場合→	才頃から	才頃までに	回
----------	----------	------	-------	---

これまでに（てんかん以外で）入院するような病気をしたことがありますか。

なかった・あった	（あった）場合→	どんなご病気ですか。
----------	----------	------------

今、（てんかん以外で）治療中のご病気はありますか。

ない・ある	（ある）場合→	どんなご病気ですか。
-------	---------	------------

今、飲まれているお薬を教えてください。

今までにお薬や注射でアレルギーを起こされたことがありますか。

なかった・あった	（あった）場合→	どんなお薬・注射ですか。
----------	----------	--------------

利き手はどちらですか。

右・左・両手・わからない

今、いずれかの状況がありますか。

気分が暗い	気分が明るい	いらいらする	眠れない	眠い	ふらつく	だるい	記憶力が低下している
-------	--------	--------	------	----	------	-----	------------

ご自身の社会状況について支障のない範囲で教えてください。

学校について教えてください。

現在、学生の方	→	（小学校・中学校・高校・専門学校・大学・大学院）	の	年生
---------	---	--------------------------	---	----

現在、学生でない方	→	最終学歴：（小学校・中学校・高校・専門学校・大学・大学院）
-----------	---	-------------------------------

これまでに仕事をされたことがありますか。

なかった・あった	（あった）場合→	アルバイト	パート	正社員	契約社員	障害者就労
----------	----------	-------	-----	-----	------	-------

作業所（A型・B型・移行支援） その他

お仕事の内容を教えてください。

福祉の制度を利用されていますか。

自立支援医療制度	精神障害者保険福祉手帳（ 級）	障害者年金（ 級）
----------	-----------------	-----------

療育手帳（ 級）	身体障害者手帳（ 級）	指定難病制度（病名： ）
----------	-------------	--------------

運転免許をお持ちですか。

持っている・持っていない

次のページがあります。

ご自身の発作についてお分かりの範囲で教えてください。

発作についてお伺いします。複数の発作がある時は、それぞれの発作についてお答え下さい。

発作1：どの様な発作ですか。

どのくらい起こりますか。(数年間発作はない、年数回、月数回、週数回、日数回、その他)

初めての発作 (年 月 日) | 最後の発作 (年 月 日)

どんな時に起こりますか。

発作2：どの様な発作ですか。

どのくらい起こりますか。(数年間発作はない、年数回、月数回、週数回、日数回、その他)

初めての発作 (年 月 日) | 最後の発作 (年 月 日)

どんな時に起こりますか。

発作3：どの様な発作ですか。

どのくらい起こりますか。(数年間発作はない、年数回、月数回、週数回、日数回、その他)

初めての発作 (年 月 日) | 最後の発作 (年 月 日)

どんな時に起こりますか。

これまでにてんかんで通った病院・クリニックを教えてください。

病院・クリニック	科	年 月	～	年 月
病院・クリニック	科	年 月	～	年 月
病院・クリニック	科	年 月	～	年 月

今、飲んでいるお薬を教えてください。

薬1	mg	1日に	錠	薬3	mg	1日に	錠
薬2	mg	1日に	錠	薬4	mg	1日に	錠

これまでに飲んだことのあるお薬と、その効果を教えてください。

薬1	効いた・少し効いた・効かなかった・副作用で飲めなかった・わからない
薬2	効いた・少し効いた・効かなかった・副作用で飲めなかった・わからない
薬3	効いた・少し効いた・効かなかった・副作用で飲めなかった・わからない
薬4	効いた・少し効いた・効かなかった・副作用で飲めなかった・わからない
薬5	効いた・少し効いた・効かなかった・副作用で飲めなかった・わからない

以上です。ありがとうございました。