

## てんかんセンター成人問診表 初診 A-1

平成 年 月 日記入

氏名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 才 )

## ◆ 基本情報についてお聞きします

1. 利き手はどちらになりますか？ [右利き・左利き]
2. 既往歴はありますか？ [あり (手術・外傷・その他： \_\_\_\_\_) ・なし]
3. かかりつけの医院はございますか？ [はい (医院名： \_\_\_\_\_) ・いいえ]
4. 家族や親戚にてんかんの方はいますか？ [はい (父・母・祖父・祖母・親戚) ・いいえ]
5. 出生時の状況 [正常経膈分娩・帝王切開・胎児仮死・その他 ( \_\_\_\_\_ )]
6. 身長 ( \_\_\_\_\_ cm) ・体重 ( \_\_\_\_\_ kg)

## ◆ 発作の誘発についてお聞きします

1. 生理 (女性に限る) との関連はありますか？ [はい・いいえ]
2. 睡眠不足で発作はでますか？ [はい・いいえ]
3. 音や状況が発作の引き金になりますか？ [はい・いいえ]
4. その他 [ \_\_\_\_\_ ]

## ◆ てんかんのリスクについてお聞きします (わからなければ空欄で構いません)

1. 頭部外傷はありましたか？  
[意識を失う程度の頭部外傷あり・意識を失わない程度の頭部外傷あり・不明]
2. 熱性痙攣はありましたか？ [あり・なし・不明]
3. 脳炎はありましたか？ [あり・なし・不明]
4. 脳腫瘍など脳内病変はありますか？ [あり・なし・不明]
5. その他 [ \_\_\_\_\_ ]

## ◆ 薬についてお聞きします

1. 現在服用中の抗てんかん薬の名前をご記入ください  
① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_  
③ \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_
2. その他治療薬 (臨床試験薬) などの服用はありますか？ [はい・いいえ・不明]
3. その他服用薬はありますか？ [あり (薬名： \_\_\_\_\_) ・なし]
4. 今までに薬、注射などでアレルギーを起こしたことはありますか？  
[あり (原因物質： \_\_\_\_\_) ・なし]

## ◆ 社会的背景についてお聞きします

1. 配偶者はおられますか？ [いる・いない]
2. お子様はおられますか？ [いる ( \_\_\_\_\_ 人) ・いない]
3. 女性の方のみお答えください。  
妊娠の可能性はありますか？ [はい・いいえ・わからない 最終月経 月 日～ 日間]
4. お住まいはどちらですか？ [ \_\_\_\_\_ 県 \_\_\_\_\_ 市]
5. 同居されていますか？ [はい (誰と？： \_\_\_\_\_) ・一人暮らし]
6. 最終学歴はどこになりますか？  
[中学卒・高校卒・短大卒・大学卒・大学院卒・養護学校卒・中退 ( \_\_\_\_\_ )]
7. ご職業はなにをされていますか？ [ \_\_\_\_\_ ]
8. 喫煙されますか？ [する ( \_\_\_\_\_ 本/日) ・しない]
9. 飲酒されますか？ [する ( \_\_\_\_\_ 合/日) ・付き合い程度・しない]
10. 薬物乱用歴はありますか？ [ある ( \_\_\_\_\_ を使用) ・ない]
11. 現在車の運転はしていますか？ [している・していない]

## ◆ 以下の様な症状はありますか？

1. 2週間以上の咳が続いている [はい・いいえ]
2. 痰が増えた または血痰がでる [はい・いいえ]

スキャナ 要 (不要)

## てんかんセンター 成人問診表 初診 A-2

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日記入

氏名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 (才)

## ◆ 発作についてお聞きします

1. 発作のタイプはいくつありますか？ (2種類以上ある方は設問10についてもご記入ください)  
〔 1種類・2種類・3種類・4種類・5種類・それ以上 〕

2. 初めて発作がおきた年齢はおいくつになりますか？ 〔 \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_ヶ月 〕

3. 最後に発作が起きたのはいつ頃になりますか？ (正確でなくても構いません)  
〔 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 〕

4. 発作頻度はどのくらいの回数になりますか？ (わからなければ空欄で結構です)  
〔年単位： \_\_\_\_\_回/年 〕 〔半年単位： \_\_\_\_\_回/6ヶ月 〕  
〔月単位： \_\_\_\_\_回/月 〕 〔週単位： \_\_\_\_\_回/週 〕  
〔日単位： \_\_\_\_\_回/日 〕 〔1日に \_\_\_\_\_回が月に \_\_\_\_\_回ある 〕

5. 発作の継続はどのくらいの時間になりますか？  
〔数秒・十数秒・数十秒・数分・十数分・数十分・1時間以上 〕

6. 前兆はありますか？ 〔はい・いいえ 〕 (はいとお答えした方は設問7へ)

7. (設問6ではいとお答えした方) どのような前兆になりますか？

〔 \_\_\_\_\_ 〕  
〔 \_\_\_\_\_ 〕

8. 発作はどのような発作ですか？

〔 \_\_\_\_\_ 〕  
〔 \_\_\_\_\_ 〕  
〔 \_\_\_\_\_ 〕

9. 発作後はどのようになりますか？ (当てはまるものすべてに○をつけて下さい)

〔 寝てしまう ・ すぐにもとの意識状態に戻る ・ 言葉がでない 〕  
〔 麻痺がでる (どこに？ : \_\_\_\_\_) ・ 失禁をしている 〕  
〔 混乱している (どれくらい続きますか？ : \_\_\_\_\_) ・ 舌をかむ 〕  
〔 その他 ( \_\_\_\_\_ ) 〕

10. (発作タイプが2種類以上の方) その他の発作タイプの情報についてご記入ください

〔 \_\_\_\_\_ 〕  
〔 \_\_\_\_\_ 〕  
〔 \_\_\_\_\_ 〕

## ◆ どなたに診察の結果をお話すれば良いですか？

本人  家族〔お名前 ( \_\_\_\_\_ ) 続柄 ( \_\_\_\_\_ ) 〕

## ◆ 当院てんかんセンターをどちらでお知りになりましたか？

〔 ホームページ ・ インターネット ・ パンフレット ・ 知り合いからの紹介 〕  
〔 医療施設からの紹介 (施設名 : \_\_\_\_\_) ・ その他 ( \_\_\_\_\_) 〕

スキヤナ 要 (不要)