

外来共通問診票

ふりがな お名前	様	男・女	歳	身長 体重	cm Kg・g
生年月日: M/T/S/H/西暦	年 月 日	ご職業			
スタッフ記載欄	血圧	mmHg	脈拍	回/分	体温
				℃	O2SAT
					%

▼いつからどのような症状がありますか？ どのようなことが心配で来院されましたか？

() 年 () 月 () 日頃～

▼現在かかりつけの病院等がありますか？

☐なし ☐あり (診療所名:)

▼今までにかかった病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気はありますか？

☐なし

☐がん () 歳 ☐喘息 () 歳 ☐高血圧 () 歳

☐糖尿病 () 歳 ☐心臓病 () 歳 ☐肝臓病 () 歳

☐腎臓病 () 歳 ☐脳卒中 () 歳 ☐結核 () 歳

☐その他(病名:) () 歳

☐手術 (病名/手術名:) () 歳

▼血縁の方に以下のような病気の方はいらっしゃいますか？

☐なし

☐がん (続柄:) ☐喘息 (続柄:) ☐高血圧 (続柄:)

☐糖尿病 (続柄:) ☐心臓病 (続柄:)

☐腎臓病 (続柄:) ☐脳卒中 (続柄:)

☐その他(病名:) (続柄:)

▼薬のことについてお聞きます。

① 現在、当院・他病院での薬の処方や市販薬の服用はされていますか？ ☐なし ☐あり

② 薬でのアレルギー及び副作用はありますか？

☐なし ☐あり ⇒ ☐抗生物質(薬品名:) ☐造影剤 ☐麻酔薬

☐その他 ()

③ 血液をサラサラにする薬(抗血栓薬: ワーファリン・バイアスピリンなど)、ホルモン剤(低用量ピルなど)、を飲んでいますか？

☐いいえ ☐はい ⇒ 薬品名 ()

* 現在内服している薬があれば、診察時に伝えられるように、お薬手帳/表をお手元にご用意ください。

▼嗜好品についてお聞きます。

① お酒は飲みますか？

☐飲まない ☐時々飲む ⇒ () を () 杯/合/ml 週 () 日

☐毎日飲む ⇒ () を () 杯/合/ml

② タバコは吸いますか？

☐吸わない ☐吸う ⇒ 1日に () 本 () 歳～

☐今は吸わない ⇒ () ～ () 歳まで 1日に () 本 () 年間

お名前 : 様
生年月日 : M/T/S/H/西暦 年 月 日

▼今までに輸血もしくは血液製剤を受けたことがありますか？

☐いいえ ☐はい ⇒ いつ頃受けましたか？ () 歳頃 ☐わからない

▼アレルギーについてお聞きします。

① 食物でアレルギーはありますか？

☐なし ☐あり ⇒ どんな食物ですか？ ()

② その他、アレルギーはありますか？

☐なし

☐花粉症 ☐ハウスダスト ☐金属 ☐ラテックス ☐その他 ()

▼せきは出ていますか？

☐なし ☐あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

① せきが多い、又はたんに血が混じっていますか？

☐いいえ ☐はい

② 2週間以上、せきが続いていますか？

☐いいえ ☐はい

▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところがありますか？

☐なし ☐あり

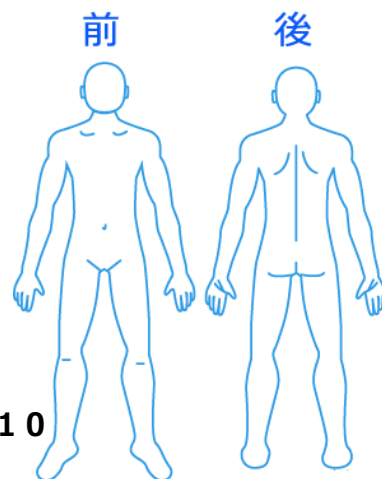
→「あり」を選択された方にお聞きします。

① 痛い場所はどこですか？

右図の該当する部位に○をつけてください。

② 「痛みの無い状態」を0点「最悪の痛み」を10点にした場合、現在の痛みはどの段階ですか？
該当する数字に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



▼過去3ヶ月で、食事量が減りましたか？

☐食事量の変化なし

☐食事量がおよそ2/3に減った

☐食事量が半分以下に減った

▼過去3ヶ月で、体重の減少がありましたか？

☐体重の減少に変化なし

☐1 kg～3 kgの体重の減少あり

☐3 kg以上の体重減少あり

▼4ヶ月以内に転んだことがありますか？

☐なし ☐あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

① いつ頃ですか？ () ヶ月前

② どのように転びましたか？

☐ふらついた ☐つまずいた ☐足がもつれた

☐その他 ()

▼3ヶ月以内に渡航歴がありますか？

☐なし ☐あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

① いつですか？ () ～ ()

② どこへいきましたか？ ()

▼女性の方にお聞きします。現在、妊娠中ですか？

☐はい

☐いいえ

☐わからない

☐授乳中

▼どなたに診察の結果を説明すればいいですか？

☐本人

☐家族：お名前 ()

() (続柄：)

☐その他 ()

→「本人」を選択された方にお聞きします。

どのような結果でも、すべての事を知りたいですか？

☐はい

☐悪い結果なら知りたくない

☐その他

お名前 : _____ 様
生年月日 : M/T/S/H _____ 年 _____ 月 _____ 日

てんかんセンター（成人）問診票

▼基本情報についてお聞きします。

- ① 利き手はどちらですか？ ☐ 右 ☐ 左
- ② 家族や親戚にてんかんの方はいますか？
☐ いいえ ☐ はい（続柄：父・母・祖父・祖母・親戚）
- ③ 出生時の状況 ☐ 正常経膣分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 胎児仮死 ☐ その他（ ）

▼てんかんのリスクについてお聞きします。

- ① 頭部外傷はありましたか？
☐ なし ☐ あり（ ☐ 意識を失う程度 ☐ 意識を失わない程度 ）
- ② 熱性痙攣はありましたか？ ☐ なし ☐ あり ☐ 不明
- ③ 脳炎にかかったことがありますか？ ☐ なし ☐ あり ☐ 不明
- ④ 脳腫瘍など、脳内病変にかかったことがありますか？ ☐ なし ☐ あり ☐ 不明
- ⑤ その他（ ）

▼発作の誘発についてお聞きします。

- ① 女性の方にお聞きします。生理との関連はありますか？ ☐ なし ☐ あり
- ② 睡眠不足で発作は出ますか？ ☐ いいえ ☐ はい
- ③ 音や状況が発作の引き金になりますか？ ☐ いいえ ☐ はい
- ④ その他（ ）

▼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⑨にもお答えください）
☐ 1種類 ☐ 2種類 ☐ 3種類 ☐ 4種類 ☐ 5種類 ☐ 6種類以上
- ② 初めて発作が起きた年齢はおいくつですか？ （ ）才（ ）ヶ月
- ③ 最後に発作が起きたのはいつ頃ですか？ （ ）年（ ）月（ ）日頃
- ④ 発作の頻度はどのくらいですか？
・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 発作の継続時間はどのくらいですか？
☐ 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？
☐ いいえ ☐ はい ⇒ どのような前兆ですか？
- ⑦ 発作は、どのような発作ですか？

お名前： _____ 様
生年月日： M/T/S/H _____ 年 _____ 月 _____ 日

⑧ 発作後はどのようなになりますか？

- ☐寝てしまう ☐すぐに元の意識状態に戻る ☐言葉がでない ☐舌をかむ
☐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？： _____）
☐その他（ _____）

⑨ 発作タイプが2種類以上の方にお聞きします。

その他の発作タイプの情報についてご記入ください。

▼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称、その薬疹歴について詳細にご記入ください。

抗てんかん薬（ _____ ）（ _____ ）（ _____ ）

[_____]

②治験薬（臨床試験薬）などの服用はありますか？ ☐なし ☐あり ☐不明

▼社会的背景についてお聞きします。

→① 配偶者はいますか？

☐いいえ ☐はい

② お子様はいますか？

☐いいえ ☐はい（ _____ ）人

③ お住まいはどちらですか？

（ _____ ）県（ _____ ）市

④ 同居されていますか？

☐一人暮らし ☐同居（誰と？： _____）

⑤ 最終学歴を教えてください。

☐中学卒 ☐高校卒 ☐短大卒 ☐大学卒 ☐大学院卒 ☐養護学校卒 ☐中退（ _____ ）

⑥薬物乱用歴はありますか？

☐なし ☐あり（薬物名： _____）

⑦ 現在車の運転はしていますか？

☐いいえ ☐はい

▼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（ _____）