

記入日
(西暦): 年 月 日

失神/一過性意識消失外来

外来共通問診票

ふりがな お名前 生年月日: 年 月 日	男・女 歳 ご職業	身長 cm 体重 Kg・g
スタッフ記載欄	血圧 mmHg 脈拍 回/分 体温 °C	O ₂ S A T %

▼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:)

▼かかりつけの歯科医がありますか？

☐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、現在治療中の病気がありますか？ ☐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します。

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します。

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

▼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

お名前 : _____ 様
生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

▼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

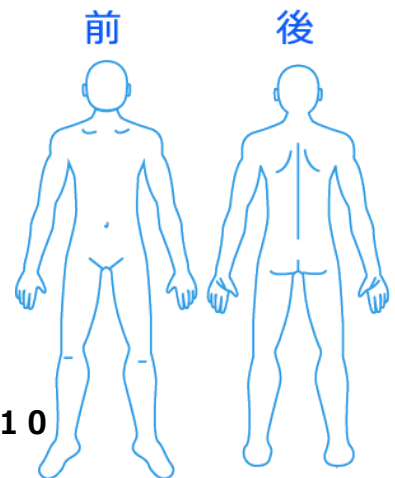
▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところがありますか？

☐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

▼この1年間で健診（特定健診及び高齢者検診に限る）を受診しましたか？

☐いいえ ☐はい→受診時期 () 月頃 / 指導事項 ☐なし ☐あり

お名前 : _____ 様
生年月日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

失神／一過性意識消失外来 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 ☐ 正常経膈分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 胎児仮死 ☐ その他（ ）

▼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（ ）

▼循環器疾患のリスクについてお聞きします。

- ① 突然死の家族歴はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい（関係： ）
- ② ペースメーカー挿入の家族歴はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい（関係： ）
- ③ 心電図異常があるといわれたことがありますか？ ☐ いいえ ☐ はい（ ）
- ④ 意識消失の前兆として動悸がありましたか？ ☐ いいえ ☐ はい
- ⑤ 意識消失したときに尿失禁がありましたか？ ☐ いいえ ☐ はい
- ⑥ 意識消失したときに怪我はありましたか？ ☐ いいえ ☐ はい（ ）

▼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

お名前 : _____ 様
生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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？

(_____)

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。

(_____)

▼現在の薬についてお聞きします。

→①現在服用中の薬の名称、その薬疹歴について詳細にご記入ください。

(_____)

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

▼失神／一過性意識消失外来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（ _____ ）