

小児てんかんクリニック外来 問診票

この問診票は、診察がスムーズに進むようにあらかじめ情報を整理しておいていただくための参考資料です。発作以外のことにも配慮した包括的診療を行うために、発作と直接は関係がないようにみえる質問もございますが、可能な範囲でご記入ください。

記入日： 年 月 日

フリガナ

患者氏名

性別

生年月日

(現在

歳

か月)

1. 現在処方されているお薬はありますか？（おくすり手帳を提出した方は省略可能）

薬剤名【 】

用量・投与期間【 】

2. 他の医療機関からの紹介状を持参されていますか？（ はい ・ いいえ ）

はいの場合、以下について教えてください。

医療機関名【 】

受診日・治療内容【 】

3. 今日はお子様にどのような心配があつて来院されましたか？その心配事はいつ(年齢)だれが(両親、祖父母、健診など)気づきましたか？

4. 今までその心配に対して医療機関を受診されましたか？（ はい ・ いいえ ）

はいの場合、いつ(年齢)、どこで(医療機関名)、どんな検査(脳波、CT、MRIなど)、どんな治療(薬剤名)を受けたか、わかる範囲で教えてください。

5. お子様の妊娠中の出来事や出生について教えてください（母子手帳をご参照ください）。

出生時 妊娠 週 日 分娩様式：経膣 帝王切開 吸引 その他

出生時体重 g 身長 cm 頭囲 cm 胸囲 cm

新生児仮死（生後すぐに泣かないこと）はありましたか？（はい ・ いいえ）

黄疸で光線治療を行いましたか？（はい ・ いいえ）

お子様を妊娠中に、何か異常があれば、その時期（妊娠週数）と症状を教えてください。

【 】

お子様を妊娠中に、薬を服用していたら、その時期（妊娠週数）と薬剤名を教えてください。

【 】

お子様は出生後 NICU（新生児集中治療室）の入院歴はありますか？

（はい ・ いいえ）

はいの場合、以下について教えてください。

病名 【 】

医療機関名 【 】

受診時期・治療内容 【 】

6. これまで上記以外の大きな病気（入院や手術を要する病気等）にかかったことはありますか？

（はい ・ いいえ）

はいの場合、以下について教えてください。

病名 【 】

医療機関名 【 】

受診時期・治療内容 【 】

7. これまで熱性けいれんを起こしたことがありますか？（はい ・ いいえ）

はいの場合、いつ（年齢）から、何回ですか？

【 】

8. お子様の発達について可能となった時期を教えてください（母子手帳をご参照ください）。

あやし笑い（ か月） 首がすわる（ か月） 寝返り（ か月）

お座り（ か月） ハイハイ（ か月） つかまり立ち（ か月）

独り立ち（ 歳 か月）、独り歩き（ 歳 か月） 人見知り（ か月）

喃語（ 歳 か月）、指差し（ 歳 か月）、単語（ 歳 か月）

二語文（ 歳 か月）

9. いちばん最近の身体測定値（健診などで測定したもの）を教えてください。

体重 kg（ 歳 か月時）

身長 cm（ 歳 か月時）

頭囲 ※3歳未満の方のみ cm（ 歳 か月時）

