

予 診 調 査 票

下記についてできるだけ正確に記入し、受診の際に持参してください。

(あてはまるものに○をつけ、書き込んだ上で、診療時にこの書類を忘れずにお持ちください。)

患者さんのお名前 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳 _____ カ月

この予診調査票を記載されたのはどなたですか。 1.本人 2. 本人以外 ()

※本人ではない場合、「母」といった続柄だけではなく、フルネームを書いてください。公的な制度の申請に必要な場合があります。 例 (長男 ○田○郎 など)

当院を受診される理由はどれですか。○で囲んでください。

1. 現在の診断が正しいのか知りたい。 2. 現在の治療で良いのか知りたい。
3. その他 ()

当院のてんかん外来を知ったきっかけは誰・あるいは何ですか。○で囲んでください。

1. 医師・看護師 2. 家族・友人・知人 3. インターネットで検索
4. 講演 5. 波の会 6.その他 ()

I.患者さんのご家族について、支障のない範囲で記入して下さい。

父 _____ 歳 いずれかに○をつけて下さい→ 生物学的父親である(血縁がある)・そうではない

母 _____ 歳 いずれかに○をつけて下さい→ 生物学的母親である(血縁がある)・そうではない

患者さんのご両親は、もともと親戚同士でしたか (いとこ同士など) :

いずれかに○をつけて下さい→ 親戚ではなかった 親戚だった

患者さんの兄弟姉妹は全部で _____ 人 (本人も入れて年齢の順番に書いて下さい)

- ① _____ 歳 (男・女) ② _____ 歳 (男・女) ③ _____ 歳 (男・女) ④ _____ 歳 (男・女)

患者さんのお子さんは _____ 人 (年齢の順番に書いて下さい)

- ① _____ 歳 (男・女) ② _____ 歳 (男・女) ③ _____ 歳 (男・女) ④ _____ 歳 (男・女)

現在、一緒に暮らしている家族は _____ 人 (本人も入れて)

誰と一緒にですか (例 ; 両親と兄) ()

家族や近親者の中に、小さい頃、熱と一緒にひきつけ (けいれん) を起こした方がいますか。

(いる・いない) それはどなたですか。

家族や近親者の中に、ひきつけ (けいれん) やてんかん発作を起こした方がいますか。

(いる・いない) それはどなたですか。

家族や近親者の中に、その他の神経の病気をもっている方がいますか。

(いる・いない) それはどなたですか。

II.患者さん自身について、支障のない範囲で記入して下さい。

患者さんが生まれた市区町村はどこですか（例：神奈川県横浜市）

()

てんかんと診断されている方は、原因は何であると説明されていますか ○で囲んでください。

- ① () であると説明された
- ② 説明されていない・忘れてしまった。

患者さんが生まれたとき、その妊娠・分娩について（可能ならば、母子手帳を参照してください）

① 受胎は、通常妊娠・生殖補助医療（人工授精・体外受精—胚移植・顕微授精・その他：_____）であった。

② 妊娠中に異常や気になることが（あった・なかった・わからない）
どんな異常がありましたか？（妊娠高血圧症候群・切迫流産・切迫早産・感染症・その他：_____）
妊娠中に（飲酒・喫煙・薬物服用：_____）をして（いた・いなかった）。

③ 分娩中に異常が（ あった ・ なかった ・ わからない ）
分娩方法は（正常分娩・帝王切開・鉗子分娩・吸引分娩・その他：_____）
児の状態に異常がありましたか。（難産・臍帯巻絡・仮死・強い黄疸・その他：_____）

④ 生まれたときの在胎週数_____週、体重_____g、頭囲_____cm、身長_____cm、Apgar_____点
栄養法は（ 母乳 ・ 人工乳 ・ 混合乳 ・ その他 ）

小さい頃、高い熱が出た時にひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。（ ある ・ ない ）

それは_____歳から_____歳まで、全部で_____回

1日に2回以上おきたことはありますか。（ ある ない ）

最も長かった時、何分くらいけいれんが続きましたか。（ _____分くらい ）

左右どちらか、身体の片側だけにおきたことがありますか。（ ある ない ）

小さい頃、熱のないひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。（ ある ・ ない ）

それは_____歳から_____歳まで、全部で_____回

脳梗塞、脳出血、くも膜下出血のいずれかを発症したことがありますか。（ ある ・ ない ）

それはいつ頃で、どのような診断でしたか（ _____ ）

これまでに頭を強くぶつける怪我をしたことがありますか（ ある ・ ない ）

そのような頭の怪我をした方は、頭の骨は折れましたか（ 折れた ・ 折れていない ）

今まで他に大きな病気や怪我（例：交通事故、入院するような病気）をしたことがありますか？（ある・ない）

それはどんな病気ですか。： _____

今まで飲み薬や注射などでアレルギーを起こしたことがありますか？（ある ・ ない）

それはどんな薬ですか。：_____

これまでに脳のCTやMRIを撮影したことがありますか？（ある ・ ない）

結果はどのように説明されましたか？（ _____ ）と説明された。

喫煙はしますか。（する ・ 以前は喫煙したが現在はしない ・ 過去も現在も喫煙しない。

発育・発達・就労・資格について

首がすわった時期_____カ月頃、一人座り_____カ月頃、はいはい_____カ月頃、

一人歩き_____カ月頃、人見知り（ なかった ・ 普通 ・ 強かった ）

意味のある言葉（一語）が言えた_____歳_____カ月頃、二語文を使えた_____歳_____カ月頃、

運動発達の遅れを指摘されたことがありますか？（はい_____歳_____カ月頃・いいえ）

言葉の遅れを指摘されたことがありますか？（はい_____歳_____カ月頃・いいえ）

健診でその他の異常を指摘されたことがありますか？（はい_____歳_____カ月頃・いいえ）

育児の上で困った点や気になったことは（ない・ある：_____）

保育園・幼稚園・通園施設で、何か問題を指摘されたことがありましたか？

（ない・多動・集中力がない・友達と遊べない・興奮しやすい・他児に暴力を振るう・こだわりが強い・担任の指示を聞かない・集団生活ができない・奇妙なくせがある・その他_____）

学校（小学校・中学校・高校・特別支援学校）で、何か問題を指摘されたことがありましたか？

（ない・多動・集中力がない・友達と遊べない・興奮しやすい・他児に暴力を振るう・こだわりが強い・担任の指示を聞かない・集団生活ができない・奇妙なくせがある・その他_____）

苦手な学習がありましたか？（ない・計算・読字・読解・書字・その他：_____が苦手）

不登校がありましたか？（ない・ある：登校しなかったもっとも長い期間_____）

現在、知的な障害がありますか？（はい_____歳頃から ・ いいえ）

現在、身体に障害がありますか？（はい_____ ・ いいえ）

現在の社会参加状況について

・就学前： 在宅 ・ 保育園 ・ 幼稚園 ・ 通園施設

・就学中：小学校・中学校・高校（普通・支援級・特別支援校）・
専門学校・短大・大学；_____年生）

・卒業後：就労中・授産所等・施設入所・在宅・その他：_____

学校を卒業した場合、最終学歴を書いて下さい。（差し支えなければ学校名も）

（公的な制度の申請に必要な場合があります。）

資格はお持ちですか。（_____）

運転免許はお持ちですか。(持っていない・免許はあるが運転していない・運転している・返納した)

運転免許を持っている方は、次回の更新はいつですか (免許証に記載があります)

(年 月)

①～③のいずれかに○をしてください。

① 今まで職についたことがない。

② 以前は職についていたが _____ 年前から職についていない。

③ 現在、職についている。(雇用されている ・ 自営 ・ その他)

②か③に○をつけた場合、経験した順に仕事と期間を書いてください。

(例：事務員 2 年・アルバイト 1 年・主婦 5 年)

現在の勤務先はどちらですか。(一般企業 就労支援施設 その他)

現在の職は一般の雇用枠ですか。(一般雇用の枠 障害者雇用の枠 自営)

現在の職の勤務年数はどのくらいですか。(年 月)

現在の仕事の頻度はどのくらいですか。(週に 日 あるいは 月に 日)

Ⅲ.患者さんの発作についてお書き下さい。

初めて発作が起きたのはいつですか? _____ 歳 _____ カ月 (_____ 年 _____ 月)

現在はどんな発作ですか? (発作がいくつもある場合は 1.2.3 と分類して症状を書いてください)

例; (頻度 週に 1~2 回) 頭が熱くなってから意識を失い、倒れてけいれんする。

1. (頻度 _____ 回) _____

2. (頻度 _____ 回) _____

3. (頻度 _____ 回) _____

4. (頻度 _____ 回) _____

発作がくる前ぶれ(前兆)がありますか? (ある ・ ない) それはどんな内容ですか?

はじめの頃と現在の発作のかたちは同じですか? (ほとんど同じ ・ 同じではない)

同じでない場合、最初の頃の発作はどんな発作でしたか?

発作はいつ起きますか? (起きているとき ・ 眠っているときだけ ・ どちらでも)

具体的に書いてください。 例; 寝付いてすぐ・昼食後など

どんな状態のときに発作が起こりやすいですか? (例; 生理の前 ・ 睡眠不足のとき)

最後に発作があったのはいつですか? _____ 年 _____ 月 _____ 日

立ち上がっているときに発作が起きると、地面に転びますか?

(転ぶ 転ばずに立ってられる)

発作で転ぶとき、身体のどこをぶつけることが多いですか？ 例：いつも膝から転ぶ
()

発作とは別に手や足がふるえたり、ピクッと動く事がありますか？ (ある ・ ない)
ある方は、どの時間に多いですか？ (寝ている最中・起きてすぐ・日中・夕方から寝るまで)

ピカピカする光、チカチカする光を見て気分が悪くなることはありますか？ (ある ・ ない)

IV.現在利用されている制度がありましたら○をしてください(利用しているもの全て)。

自立支援医療制度、重度障害者医療費助成制度、特定疾患、小児慢性特定疾患、生活保護、
特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、年金(遺族・老齢・障害) _____級
身体障害者手帳 _____級、療育手帳(愛の手帳など) _____級、精神障害者手帳 _____級
その他 ()

現在、医療費は何割負担ですか。

3割 2割 1割 0割(自己負担はない) わからない

V.てんかんとはじめて診断された医療機関はいつ、どこですか。

_____病院 _____科 _____年 _____月 _____日

これまでにてんかんで受診した医療機関を順番にお書きください。

1. _____病院 _____科 (入院・外来) _____年 _____月 ~ _____年 _____日
2. _____病院 _____科 (入院・外来) _____年 _____月 ~ _____年 _____日
3. _____病院 _____科 (入院・外来) _____年 _____月 ~ _____年 _____日
4. _____病院 _____科 (入院・外来) _____年 _____月 ~ _____年 _____日
5. _____病院 _____科 (入院・外来) _____年 _____月 ~ _____年 _____日

VI.てんかんの薬を飲んだことがある方は、その効果はどうでしたか。

テグレトール、レキシン、カルバマゼピンのいずれか

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

デパケン、セレニカ、バレリン、ハイセレニン、バルプロ酸のいずれか

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

フェノバル、ノーベルバル、ワコビタールのいずれか

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

アレビアチン、ヒダントール、ホストインのいずれか

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

エピレオプチマル、ザロンチンのいずれか

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

ダイアモックス

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

臭化カリウム

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

オスポロット

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

エクセグラン、ゾニサミドのいずれか

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

プリミドン、マイソリンのいずれか

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

トピナ、トピラマートのいずれか

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

リボトリール、ランドセンのいずれか

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

マイスタン

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

ガバペン

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

ラミクタール、ラモトリギンのいずれか

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

イーケブラ、レベチラセタムのいずれか

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

ディアコミット

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

イノベロン

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

フィコンパ

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

ビムパット

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

サブリル

(効いた 効かなかった 悪化した 飲んだ事はあるが効果はわからない 副作用が出た)

VII.以下のそれぞれの状況で、患者さんは、左右どちらの手、足、眼、耳を使いますか。

○をつけてください。

- | | | | | | |
|-----------------------|---|---|----|---|---|
| 1.写真を撮る時にカメラをのぞく眼： | 右 | ・ | 両方 | ・ | 左 |
| 2.ボールを力いっぱいける時の足： | 右 | ・ | 両方 | ・ | 左 |
| 3.ラジオやテレビをイヤホンで聞く時の耳： | 右 | ・ | 両方 | ・ | 左 |

- 4.ねじ巻き式の時計が動いているかどうかを確かめる耳： 右 ・ 両方 ・ 左
- 5.歯ブラシを使う手： 右 ・ 両方 ・ 左
- 6.電話の受話器をあてる耳： 右 ・ 両方 ・ 左
- 7.栓抜きやビンのふたをあける時の手： 右 ・ 両方 ・ 左
- 8.卓球やテニスのラケットを持つ手： 右 ・ 両方 ・ 左
- 9.ズボンをはく時、最初に通す方の足： 右 ・ 両方 ・ 左
- 10.針の穴を糸に通す時に見る眼： 右 ・ 両方 ・ 左
- 11.ネジまわしを回してしめる時の手： 右 ・ 両方 ・ 左
- 12.マッチで火をつける時にマッチ棒を持つ手： 右 ・ 両方 ・ 左
- 13.小さなふし穴をのぞくときの眼： 右 ・ 両方 ・ 左
- 14.けんけん（片足とび）をする足： 右 ・ 両方 ・ 左
- 15.ボールを力いっぱい投げる時の手： 右 ・ 両方 ・ 左
- 16.紙を切る時にナイフやはさみを使う手： 右 ・ 両方 ・ 左
- 17.ないしょ話をする時の耳： 右 ・ 両方 ・ 左
- 18.足でものをひろうとしたらどちらの足が使いやすいと思いますか。： 右 ・ 両方 ・ 左
- 19.クギを打つ時に金づちを持つ手： 右 ・ 両方 ・ 左
- 20.実際にやってみてください。両目を開けた状態で体の正面にある物の一点を指してください。
次にその状態で片眼ずつ閉じてください。どちらの眼で見ている時の方が目標とのずれが少ないですか。：
右 ・ 両方 ・ 左
- 21.字を書く時、鉛筆を持つ手： 右 ・ 両方 ・ 左

あてはまるものを選んで○をつけてください。

- ① 小さいときから利き手は同じである。(右利きである ・ 左利きである)
- ② 右利きであったのを左利きに治した。
- ③ 左利きであったのを右利きに治した。
- ④ 利き手ははっきりしない。両方とも同じように使える。
- ⑤ よくわからない。

患者さんの両親・兄弟・子供・親戚に、どなたか左利き、あるいは両手利きの人がいますか。
いらしたら、患者さんとの続柄を書いてください。()

検査当日の自動車などの運転につきまして

当院を初めて受診される患者さんは、基本的に初診の当日に脳波検査をうけていただきます。脳波検査においては検査中に眠っていただくことが診断上とても重要です。このため、眠ることができない方では鎮静剤（眠気をもよおす薬）を内服していただく場合があります。この薬を内服すると検査が終了した後も眠気やふらつきが残る事があり、運転に支障が出る可能性があります。このため当院では脳波検査を受けたあと同日にご本人が自動車・バイク・自転車の運転をすることは禁止させていただいております。公共交通機関で来院されるか、あるいはご家族など付き添いの方の運転で来院されるようお願いいたします。