＜ 小児神経内科問診表 ＞

受付時間　　サイン

フリガナ　　年　月　日

ID　名前　年齢　男　女

1） **本日受診される理由となった**<u>**主な症状**</u>**にチェックをつけてください。**

□けいれん・ひきつけ　□睡眠障害　□夜鳴き　□頭痛　□めまい　□意識消失

□呂律不良　□視野異常　□呂律不良　□手足のしびれ　□手足のふるえ

□力が入らない　□歩きにくい　□その他（　）

※その症状はいつからですか？（　月　日　何時頃　又は　ヶ月前頃　）

※今もその症状は続いていますか？　はい　いいえ

※「はい」の方は状態はいかがですか？　良くなっている　変わらない　悪くなっている　くり返している

2） **薬の服用、食品などでアレルギー症状がでたことがありますか？**　はい　いいえ

「はい」の方はどの薬・食品でどのような症状が出ましたか？

（　）

3） **右にかかったことがある病気がありますか　【** はしか　風疹　水痘　おたふく **】**

4） **見在治療中の病気はありますか？【** なし ・ あり（病名：　）

その病気で通院している医療機関はどこですか？【医療機関名：　/診療科：

現在飲んでいるお薬はありますか？

お薬の名前【

5） ①出生児体重を教えて下さい【2500g以上 ・（　）g 】

②出生児に何か大きな異常はありましたか？【なし ・ あり（

③現在までに大きな病気にかかったことや、手術を受けたことはありますか？　はい　いいえ

（　）歳頃　病名・手術名（

④これまでに、発育・発達に問題はありましたか？　はい　いいえ

「はい」の方はどのような説明をお聞きですか？（

）

6） **両親・兄弟・祖父母・両親の兄弟などに下記の病気、あるいは他の神経障害の方がいますか？**　はい　いいえ

「はい」の方は〇印をつけてください。

脳動脈瘤　くも膜下出血　脳梗塞　脳出血　その他（　）

7） **検査のためにお聞きします。**

1．閉所恐怖症ですか？　わからない　はい　いいえ

2．今までにMRの検査を受けたことはありますか？　はい　いいえ

4．体内に人工物が入っていますか？「はい」の方はどの部位に入っていますか？　はい　いいえ

心臓ペースメーカー　ステント　人工弁　インプラント　矯正　ブリッジ　その他骨折でのプレートなど　部位（　）

7．身長（　）cm　8．体重（　）kg