

専門外来(初診・再診)

ふりがな	男	生年月日 西暦	年	月	日
お名前	女	(年齢	年	ヶ月)	
ご住所 〒()		電話番号 ()			
		携帯番号 ()			

※紹介状の有無 あり・なし

今日の受診は？ ○をして下さい。	熱性けいれん・てんかん・発達が心配 その他()
---------------------	-----------------------------

(1) 家族や親戚に、医師から以下の診断をされている方がいますか？
熱性けいれん・てんかん・遺伝子疾患・その他()

◆ けいれんがあったという方はお答え下さい。あてはまる症状に○をつけて下さい。

① 初めてのけいれんですか？	はい・いいえ
② 熱はありましたか？	はい・いいえ
③ 手足はどうなっていましたか？ ・右手・左手・両手・右足・左足・両足→・固くなっていた・力が抜けていた・わからない ・ピンと伸びていた・ガクガク・わからない	
④ 目はどのようになっていましたか？ ・開いていた・閉じていた ・上・下・右・左・中央を向いていた ・一点を見つめていた・ぼーとしていた	
⑤ 顔色はどのようになっていますか？	・青紫になった・白くなった・赤くなった・わからない
⑥ 声かけに対する反応はありましたか？	無し・有り
⑦ けいれんの持続時間はどれくらいですか？ ()	
⑧ その他の症状があればご記入をお願いします。	
⑨ ①でいいえの方、これまでのけいれんの様子(熱・手足・目・顔色・反応・時間)を詳しく書いて下さい。 1回目： 年 月(歳) 様子：() 2回目： 年 月(歳) 様子：() 3回目： 年 月(歳) 様子：()	
⑩その他に気になる事があればご記入ください。 _____	

(2)現在、お薬をのんでいますか？

記入が終わりましたら、受付にお渡し下さい。