

# 神経内科外来初診時間診票

記入日：西暦 20\_\_年\_\_月\_\_日

患者名：\_\_\_\_\_（男・女）生年月日：西暦 20\_\_年\_\_月\_\_日 保護者名：\_\_\_\_\_ 記入者名：\_\_\_\_\_

## 1. 主訴（今回もつとも相談したいこと）

いつから、どのような症状がありますか？経過や回数も含めてご記入ください。

---

## 2. お腹の中にいた時の様子（在胎中の経過）

- 流産の危険（出血・痛み等）：（なかった・あった：妊娠\_\_か月頃）
- お母様の病気・発熱・感染症：（なし・あり：\_\_\_\_\_）
- 妊娠高血圧（中毒症）・蛋白尿：（なかった・あった）
- お薬の服用・レントゲン検査：（なし・あり：\_\_\_\_\_）
- 胎動：\_\_か月頃より 強さ：（強い・普通・弱い）
- その他（気になることなど）：\_\_\_\_\_

---

## 3. 出生時・新生児期の状況

- 出生週数：\_\_週\_\_日 出生時の体格：身長\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_g 頭囲\_\_\_\_\_cm
- 分娩時の異常（○印）：帝王切開 / 鉗子・吸引 / 骨盤位（さかご） / 臍帯巻絡 / 仮死（すぐ泣かなかった）
- 新生児期のトラブル：
  - けいれん（なし・あり） / 黄疸が強かった（なし・あり）
  - 保育器の使用（なし・あり：\_\_日間） / 呼吸の異常（なし・あり）

---

## 4. 発達の経過

- 首がすわった：\_\_か月頃 寝返り：\_\_か月頃 ひとり座り：\_\_か月頃 はいはい：\_\_か月頃
- つかまり立ち：\_\_か月頃 ひとり歩き：\_\_歳\_\_か月頃
- 意味のある言葉：\_\_歳\_\_か月頃 二語文：\_\_歳\_\_か月頃

## 5. ひきつけ・発作について（なし・あり：ありの場合以下も記入）

- 初発：\_\_ 歳 \_\_ か月（発熱：なし・あり \_\_ 度）
- 様子：（突っ張る・ピクピク・ぼーっと・その他：\_\_\_\_\_）
- 時間：約 \_\_ 分 \_\_ 秒 / 直近：\_\_ 年 \_\_ 月 \_\_ 日頃

## 6. ご家族の状況（家族歴）

区分（上のお子様から順に記入）	年齢(亡くなられた方は逝去時年齢)	性別	病気や気になる症状	所属・学歴（学校名、職業など）
父	歳	男		
母	歳	女		
同胞・本人	歳	男・女		
同胞・本人	歳	男・女		
同胞・本人	歳	男・女		
同胞・本人	歳	男・女		
同胞・本人	歳	男・女		
父方祖父母	歳 / 歳			
母方祖父母	歳 / 歳			

- 親族で似た症状や神経の病気の方：（いない・いる：続柄 \_\_\_\_\_ 診断名や症状 \_\_\_\_\_）

## 7. 性格・学業・生活面について

乳幼児健診で指摘されたこと（発達、言葉、聴力など）や、現在の生活（学校・園・家庭）での様子、気になる癖などがあればご記入ください。

## 8. 本人の既往歴・アレルギー

- 持病・手術歴：（なし・あり：\_\_\_\_\_）
- 現在服用中の薬：（なし・あり：\_\_\_\_\_）
- アレルギー：（なし・あり：\_\_\_\_\_）