

問診票

「脳性麻痺の方々がお医者さんにかかるにあたっての」

診察室でお医者さんとスムーズにコミュニケーションを図るために。

NIJISHOGAI.NET

ふりがな

氏名 _____ () 歳

住所 _____

電話番号 _____

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 男性・女性

血液型 _____ 型

※以前どこかで画像診断などの検査を受けたことがある方は、検査の結果（フィルムやCD-Rなどで）
が入手できるのであれば、入手して持参してください。二度手間が防げてスムーズな治療の開始につ
ながる場合があります。

1. 現在の身長、体重を教えてください。

身長 _____ cm 体重 _____ kg

2. 生まれた時の体重は何 g でしたか？

【(参考) 2500g 未満は低出生体重児、1500g 未満は極低出生体重児と言います】

_____ g わからない

3. 生まれる時、何かトラブルがありましたか？

はい

具体的に

【例。生まれてすぐ泣かなかった。臍の緒が首に絡まっていた。などなど】

いいえ わからない

4. 乳児期、ビリルビン脳症（核黄疸）と言われましたか？

はい いいえ わからない

はい (何歳ごろ、どんな病気に) いいえ わからない

_____ 才ごろ _____

はい いいえ

リハビリ、訓練の種類、内容、と受けていた時期、期間（わからないところは空欄で）

_____ を _____ 歳から _____ 年間 _____ 月、週 _____ 回 短期集中

外科手術

はい いいえ

_____ 歳ごろ 外科手術の種類、場所 _____

(例) 筋乖離術 左足首、虫垂切除 盲腸
選択的脊髄後根切除術 など。

8. 自分の脳性麻痺はどのタイプですか？

アテトーゼ型 痙直型 固縮型 失調型 混合型 わからない

それは、自分の感じとしてですか？ 過去にお医者さんにそう言われましたか？

医者に言われた 自分の感じとして

9. てんかん（発作）はありますか？

はい いいえ

10. 視力はいくつですか？

右 裸眼で_____メガネなどをして_____ 左 裸眼で_____メガネなどをして_____

11. 視力以外で、モノが見にくいとか、目の動きがわるいとかありますか？

はい いいえ

はいと答えた方、それはどんなことですか？【(例) まぶたが十分開かないとか、上(下)を見れないとか】

12. 耳が聞こえにくかったり、補聴器をつけていたりしますか？

右 はい いいえ

左 はい いいえ

13. 薬に対するアレルギーはありますか？

いいえ はい (薬の種類は?)

14. 食物アレルギーはありますか？

いいえ はい (食物の種類は?)

15. タバコを吸っていますか？ 吸っていたことがありますか？

はい 以前吸っていた いいえ

はいと答えた方、一日何本ほど吸っていますか？ _____本ぐらい

以前吸っていた方は、何歳～何歳ごろまで、一日どれぐらい吸っていましたか？

_____歳から～_____歳ごろまで、1日_____本ぐらい

16. 日頃からお酒を飲みますか？

毎日飲む 週に2～3回ほど飲む たまに飲む 全く飲まない (飲めない)

毎日飲む、週に2～3日ほど飲むと答えた方、一度にどれぐらい飲みますか？

_____ 【例 ビール 500ml1 缶とか、日本酒 1 合とか】

17. 生活習慣病を指摘されたり、また他の慢性の病気等で、治療、投薬を受けていますか？

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 食事管理	薬の名前 _____
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 食事管理	薬の名前 _____
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 投薬	食事管理	薬の名前 _____
<input type="checkbox"/> その他 _____	<input type="checkbox"/> 投薬		薬の名前 _____

かかっている医療機関の名前 _____

18. 若い頃に比べて、排尿（おしっこ）、排便（うんこ）の様子はどうですか？

排尿

若い頃と変わらずトイレでしている。

おしっこの間隔が短くなった。（頻繁に行くようになった）

一度に出るおしっこの量が減った。

トイレに行っても、まだ、出しきれていない感じがある。

たまに、漏らすようになった。

オムツを使うようになった。

若い頃からオムツを使っている （複数回答可）

排便

若い頃と変わらずトイレでしている。

便秘や下痢を繰り返すようになった。

便秘が続くようになった。

すぐお腹を下すようになった。

トイレに行っても、まだ、出しきれていない感じがある。

たまに、漏らすようになった。

オムツを使うようになった。

若い頃からおむつを使っている （複数回答可）

19. 日頃、移動はどうしていますか？

独歩

独歩（補装具、杖あり）

徒歩（支援付き）

手動車椅子（一人で）

手動車椅子（介助付き）

電動車椅子（一人で）

電動車椅子（支援付き）

20. 日頃、しゃべることによるコミュニケーションは、どうしていますか？

援助なしの一人で、音声による会話で

介助者にたまに補助してもらって、音声による会話で

介助者に頻繁に補助してもらって、音声による会話で

機材（トーキングエイドなど）を使って一人で

介助者と機材（トーキングエイドなど）を使って

文字盤を使って一人で

介助者と文字盤を使って

目や指の動きなどで、介助者に指示を送って介助者の音声で

21. 食事は、普通の食事で大丈夫ですか？（刻み食やとろみをつけなくても）

はい いいえ

いいえ と答えた方、具体的にどんな配慮が必要ですか？

22. 食事の際、むせたり、喉に食べ物が残っている感じがありますか？

たびたびある むせたりはしないが残っている感じはたびたびある
 たまにある むせたりはしないが残っている感じはたまある
 ない

23. 若い頃に比べて息が上がりやすくなりましたか？

なった。
 多少なった。
 変わらない。

24. 体の中に、金属（人工関節やボルトなど）や、刺激装置、ペースメーカー等が入っていませんか？

ある
 ない

25. 若い頃（ADL（日常生活動作）の状態が一番よかった頃）と比べて、現在の様子をお聞きします。

選択肢の内容

A= 今もできる。

B= 今もできるが、若い頃より随分時間もかかり大変になった。

C= 若い頃はできたが、今はできない。

D= 若い頃からできない。

(1) 走れますか？

A B C D

A, B, C と答えた方は、

一度にどれぐらいの距離走れます（ました）か？

_____ Km (m)

(2) 階段を登れますか？

A A' (手すりをつかって)

B B' (手すりをつかって)

C D

階段を下れますか？

A A' (手すりをつかって)

B B' (手すりをつかって)

C D

(3) 装具、杖なしで歩けますか？

A B C D

A, B, C と答えた方は、

一度にどれぐらいの距離歩けます（ました）か？

_____ Km (m)

(4) 装具、杖を使えば、歩けますか？

A B C D

(5) 安全に立ち上がったたり座ったりできますか？

A A' (何かにつかまって)

B B' (何かにつかまって)

C D

(6) 四つ這いで移動できますか？

A B C D

(7) 床に、支えなしで座っていられますか？

A B C D

(8) 寝返りはうてますか？

A B C D

(9) 首を起こすことは、できますか？

A B C D

(10) 手を浮かせて、文字が書けますか？
(書道の時のように)

A B C D

(11) 靴紐（紐）は、結べますか？

A B C D

(12) ボタンの留め外しは、できますか？

A B C D

(13) 箸を使って、食事ができますか？

A B C D

(14) フォークやスプーンで、食事ができますか？

A B C D

(15) 水の入ったコップをこぼさずに口に運べますか？

A B C D

(16) 物をつかんで持てますか？

A B C D

(17) お盆にのせたお味噌汁をこぼさずに運べますか？

A B C D

(18) 立ったまま、ズボンがはけますか？

A B C D

(19) 靴下がはけますか？

A B C D

(20) 服の脱ぎ着ができますか？

A B C D

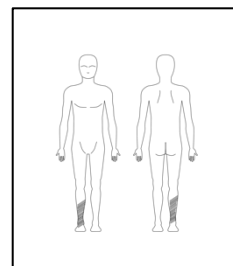
(21) 頭が洗えますか？

A B C D

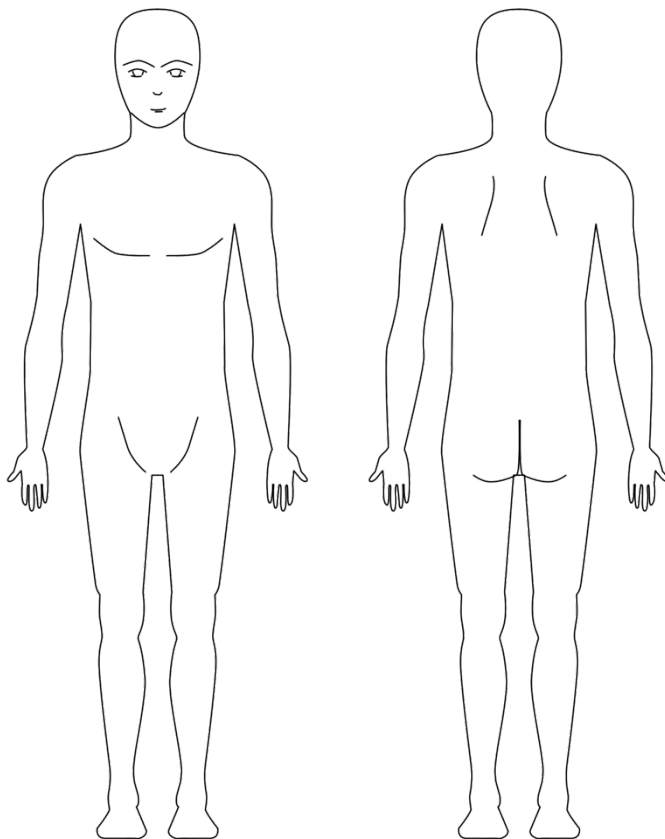
26. 若い頃（ADL（日常生活動作）の状態が一番よかった頃）の麻痺、不随意運動の状態をお聞きします。

(1) その当時、体のどの部分が麻痺（動かせない）していましたか？

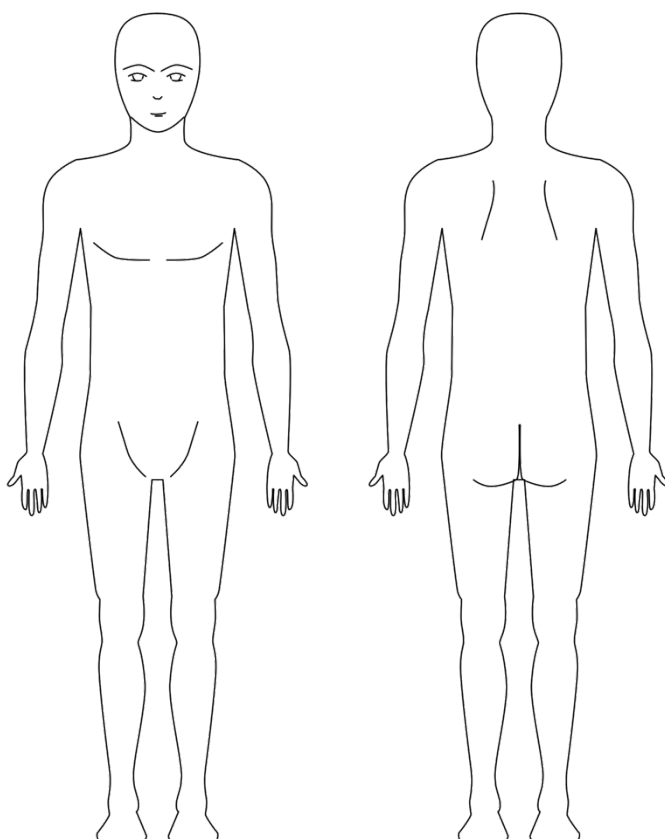
下の図で、その部分を斜線で塗りつぶしてください。



例（右足首の場合）



(2) 動かないわけではないけど、思い通りに動かせなかった、勝手に動いてしまっていた部位はどこですか？下の図でその部分を斜線で塗りつぶしてください。



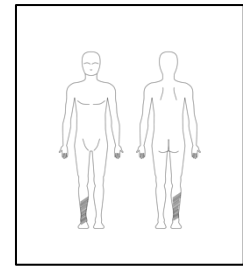
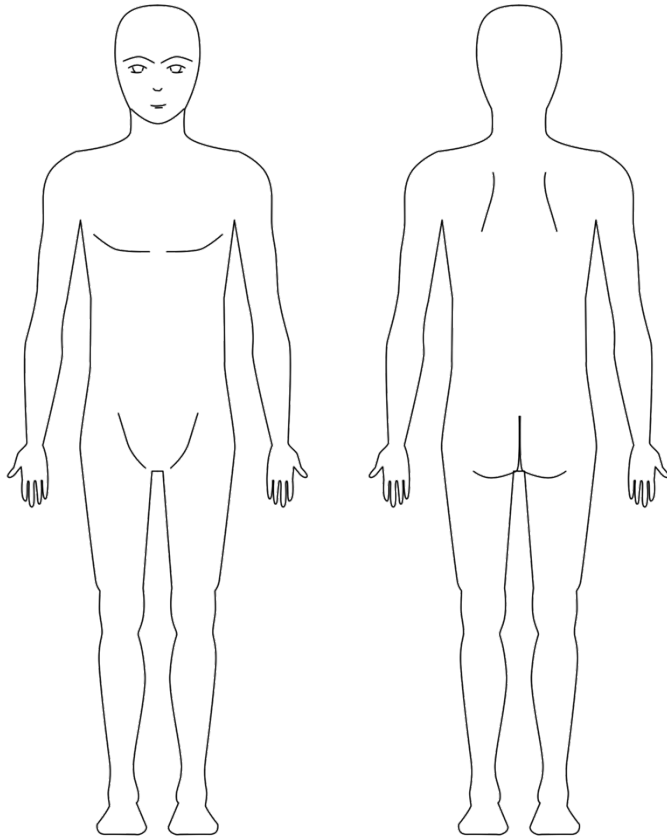
どんな時、強くなりましたか？

【例、人前で緊張した時、寝不足の時、など】

27. 現在の麻痺、不随意運動の状態をお聞きします。

(1) 現在、体のどの部分が麻痺（動かさない）していますか？

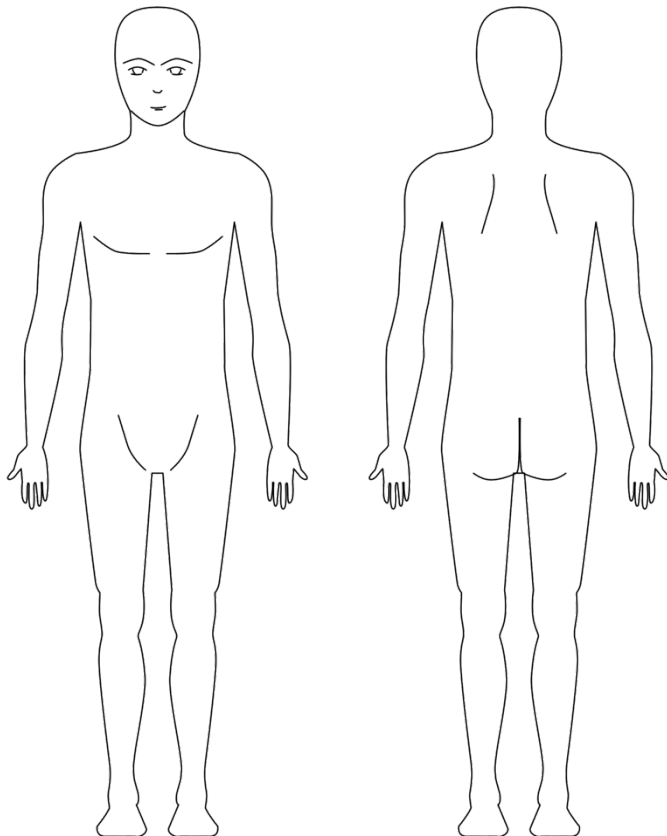
下の図で、その部分を斜線で塗りつぶしてください。



例（右足首の場合）

(2) 動かないわけではないけど、思い通りに動かさない、勝手に動いてしまう部位はどこですか？

下の図でその部分を斜線で塗りつぶしてください。



どんな時、強くなりますか？

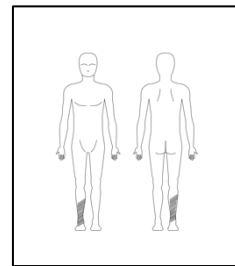
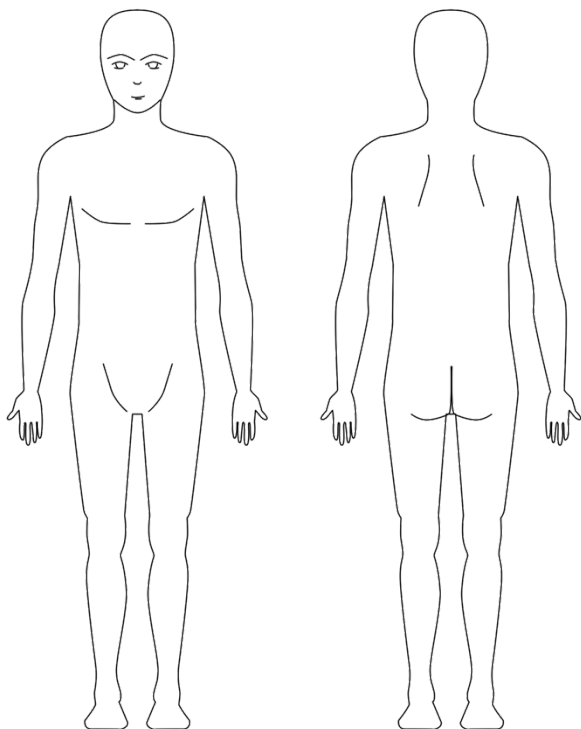
【例、人前で緊張した時、寝不足の時、など】

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write down when the involuntary movements become stronger.

28. 今、日常的に痛い所はありますか？

ある ない

ある場合は、下の図で、その部分を斜線で塗りつぶしてください。



例（右足首の場合）

あると答えた方。

(1) いつ頃から痛いですか

_____ 年 _____ ヶ月前

(2) 痛むのは、どんな時ですか？

- 常に痛い
- 動かすと痛い
- 長い間同じ姿勢でいた後、動かすと痛い
- 疲れてくると痛い
- 冷えると痛い
- その他 _____

(3) どんな痛みですか？

- するどい痛み
- 鈍い痛み
- 痺れるような痛み
- 熱いような痛み
- その他 _____

29. 痺れや異常な感覚はありますか？

ある ない

ある場合、右の図で、その部分を斜線で塗りつぶしてください。

あると答えた方、

(1) それは、いつ頃からですか？

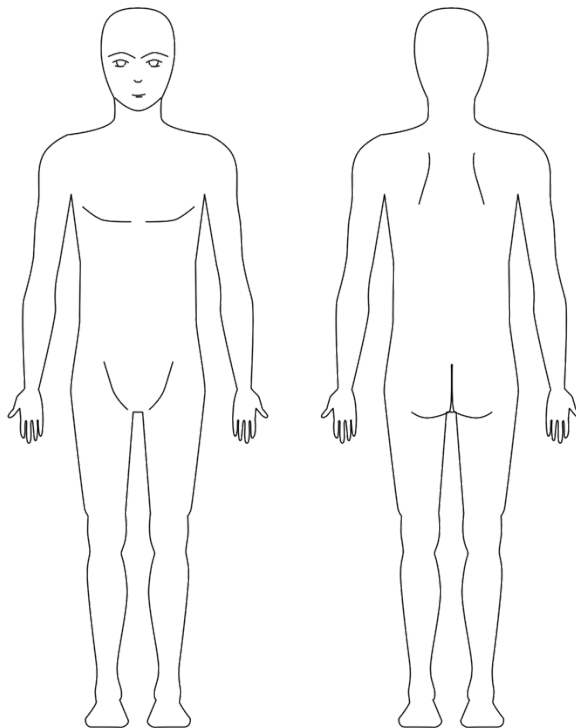
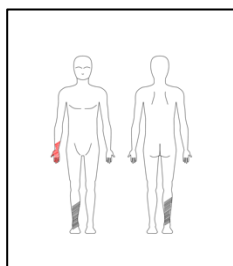
_____ 年 _____ ヶ月前

(2) それはどんな感覚ですか？

- 痺れ
- 鈍い感じ 強張った感じ
- 熱い感じ 冷たい感じ
- ヒリヒリするような感じ
- 力が入らないような感じ
- その他 _____

※別の違う感覚がある場合は、違う色で塗りつぶしてください

例、右手 痺れ 赤
右足首 強ばり 黒



(3) それはどんな時感じますか？

【(例) 上を見上げた時、仰向けに寝た時、など】

30. その他、お医者さんに伝えたいことがあれば、書いてください。