

しびれ問診票

お名前 _____

1. 今回のしびれはいつごろから始まりましたか？

(月 日 時頃から) / () 日前から () カ月前から () 年前から

2. どのようなしびれですか？

ジンジン・ビリビリした感じ ヒリヒリした感じ 感覚がにぶい感じ

感覚が過敏 その他(_____)

3. しびれはどれくらいの時間続きますか？

() 秒間 () 分間 () 時間

() 日間 今も続いている

3. しびれはどのようなときに起きやすいですか？

姿勢や動作には関係ない 長く歩いたとき 立っているとき

座っているとき 寝ているとき 首を曲げたとき

その他(_____)

4. 症状はどのように変化していますか？

変わらない 良くなっている 悪くなっている

良くなったり悪くなったりしている

5. しびれに伴って力の入りにくさはありますか？

ある ない

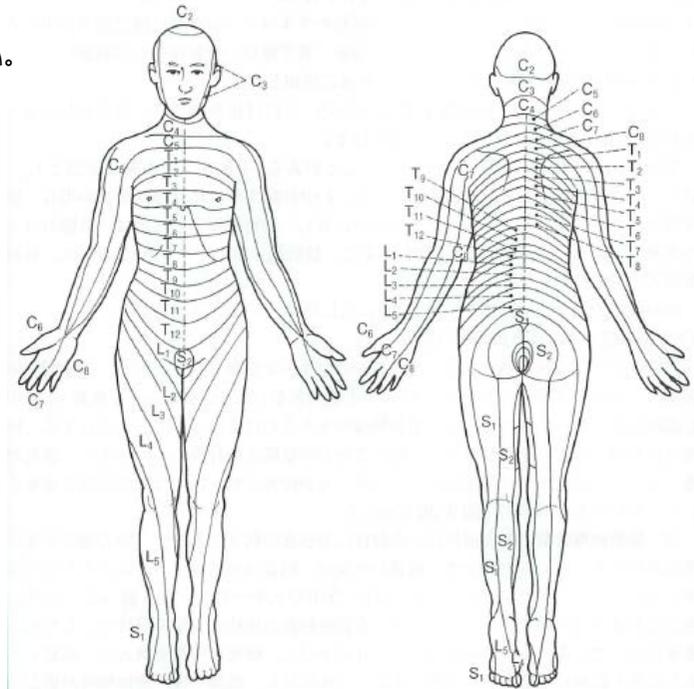
6. 他院でしびれに関して診療を受けたことはありますか？

またこの際にどのような病状説明を受けましたか？具体的にお書き下さい。

はい(_____)

いいえ

7. しびれるところに斜線を引いてください。



ご記入ありがとうございました。