視床下部過誤腫質問票

ID： 初診年月日 年　　月　　日（病院で記載）

氏名　　　　　　　　　　　，　　　　年　　月　　日生；年齢　　歳，□男性，□女性

わかる範囲でチェックをお願いします．てんかん専門看護師が確認させていただきます．

１．笑い発作　□あり，□なし，　発症年齢　　歳，□新生児期

　　　発作頻度：□日単位, □週単位, □月単位：頻度　　　　回／

　　　発声　□あり，□なし；泣きの要素　□あり，□なし；

　　　意識　□あり，□なし，笑い顔の非対称：　□右亢進，□左亢進，□なし

　　　快感　□あり，□なし；恐怖□あり，□なし；　泣き発作　□あり，□なし；

　　　具体的オノマトペ（ハハハ，など　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．他の発作型　□あり，□なし　　発症年齢　　歳

　　□複雑部分発作；□二次性全般化発作；□強直発作；□脱力発作；

　　□ミオクロニー発作；□スパズム；□その他（　　　　　　　　　　）

３．精神発達障害　□あり，□なし

　　□普通学級，　□特別支援学級，　□未就学

４．行動異常　□あり，□なし

　　　□AD—HD様；　□過激；　□その他具体的に記載

５．思春期早発症　□あり，□なし

　　　発症年齢　　歳；　リュープリン治療□あり　　歳まで，□治療中，□なし

６．ホルモン異常　□あり，□なし

７．遺伝素因　□双生児；□なし

　　　パリスターホール症候群□あり，□なし，遺伝子診断□あり，□なし

８．MRI分類　（わからなければ記載不要）

　　□intra-hypothalamic type; □mixed type; □para-hypothalamic type

　　接合 □右；□；左；□両側，　　大きさ（最大径） mm

９．脳波　（わからなければ記載不要）

　　　異常　□あり，□なし

　　□全般性異常；□局在性異常；□右；□左；□側頭葉局在；□前頭葉局在

10．治療薬剤　□PHT；□CBZ；□VPA；□ZNS；□PRM；□PB；□CLB；

　　　　　　　□CZP；□DZP；□GBP；□TPM；□LTG；□LEV

　　　具体的に記載

11．過去の外科治療：□直達手術；□定位放射線治療；□内視鏡治療；

　　　□脳梁離断術；□迷走神経刺激；□定位温熱凝固術；　　　　　　回数　　回

12その他（自由記載）