

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) _____