

しびれ問診票

2021年6月作成

氏名 _____ 年齢 _____ 男・女 記入者 _____ 記入年月日 _____

1、いつから「しびれ」感じるようになりましたか。

- (1) 1年以上前から (2) _____ カ月前から (3) _____ 週間前から
(4) _____ 日前から

2、「しびれ」の始まり方はどのような感じでしたか。

- (1) はっきりといつから始まったかいえる。
(2) いつから「しびれ」がはじまったか、大体言える。
(3) いつのまにか「しびれ」を感じるようになった。

3、「しびれ」の経過はいかがですか。

- (1) だんだん軽くなってきている
(2) あまり変わらない。
(3) だんだんひどくなっている。
(4) ひどい時とあまり気にならない時がある。

4、あなたのしびれの状態は次のどれに当たりますか。

- (1) 異常な感じ (2) 感覚が鈍い (3) 感覚がない
(4) 力がなくなった (5) 震える

5 「しびれ」の範囲を下の図に記入して下さい。

