

しびれについての問診票

ID:

年 月 日 氏名 () 年齢 () 歳 男 ・ 女

1) しびれはいつから始まり、どんな時に起こりますか？

2) どんなかんじのしびれですか？

じんじんする・びりびりする・感覚がない

感覚が過敏・つったような・その他

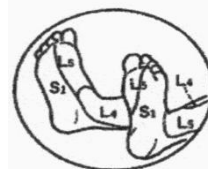
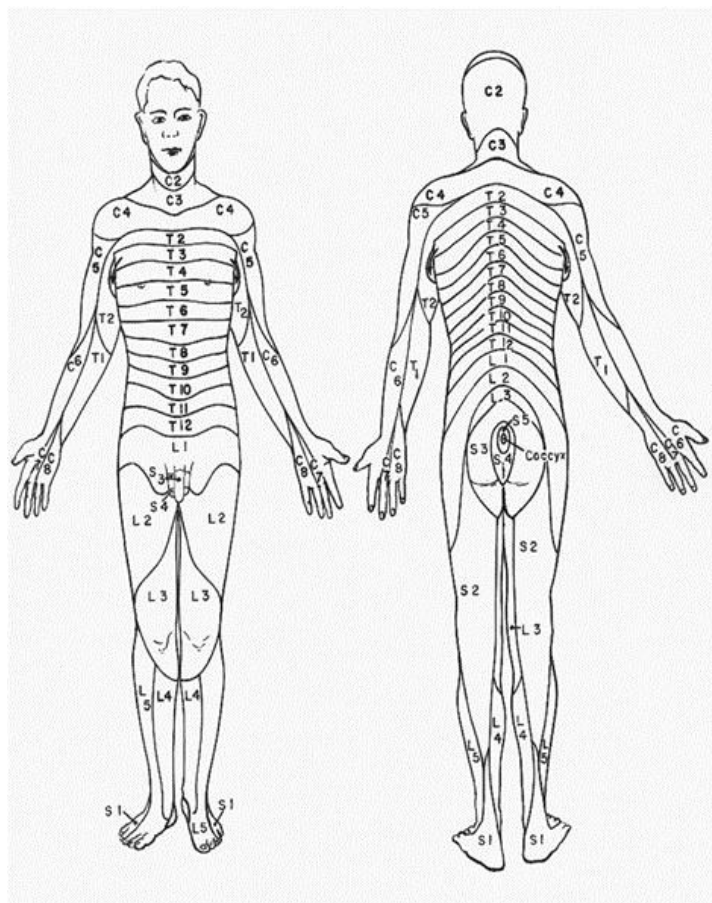
3) しびれの範囲はどこですか？

色を塗ってください →

しびれ 青

痛み 赤

4) しびれ以外の他の症状はありますか？



のじ脳神経外科・しびれクリニック