

記入日（ ） 氏名（ ） ID（ ）

失神・意識消失発作問診票

初めて意識を失ったのはいつですか？（ ）

今まで合計何回意識を失いましたか？（ ）

一番最後に意識を失ったのはいつですか？（ ）

意識を失う前の体調は？（良かった・悪かった）

意識を失う前のお腹の調子は？（良かった・悪かった）

意識を失う前日の睡眠時間は？（ ）時間

意識を失う直前は？（空腹・満腹・どちらでもない）

意識を失う前にお酒は飲んでいましたか？（飲んでいた・飲んでいなかった）

血のつながったご家族で若くして突然死した方はいますか？（いる・いない）

意識を失う直前にしていたことは？

（動いていた・長い時間立っていた・立ち上がった直後・座っていた・横になっていた）

（食事・排尿・排便・咳・入浴・運転・その他）

失神直前の顔の向きは？（前、右、左、上、下）

襟付きの服装または首に何か巻いていましたか？（あり・なし）

前兆はありましたか？（あり・なし）

ありの場合（めまい・ふらつき・動悸・胸痛・息切れ・冷汗・嘔気・その他）

どれくらいの時間意識を失っていましたか？（ ）

けいれんはありましたか？（あり・なし）

失禁はありましたか？（あり・なし）

発汗はありましたか？（あり・なし）

怪我はしましたか？（した・しなかった）

舌は咬みましたか？（咬んだ・咬んでいない）

意識が戻った後、頭のはっきりしていましたか？（はっきりしていた・ぼんやりしていた）

意識を失った状態を見た人はいますか？（いた・いなかった）（ ）

意識を失った時の状況を詳しく書いてください

記入日（ ） 氏名（ ） ID（ ）

失神・意識消失発作問診票目撃者用

どれくらいの時間意識を失っていましたか？（ ）

意識消失中に脈はありましたか？（あった・なかった・わからない）

けいれんはありましたか？（あり・なし）

失禁はありましたか？（あり・なし）

発汗はありましたか？（あり・なし）

怪我はしましたか？（した・しなかった）

目は開いていましたか？（開眼・閉眼）

目が開いていた場合 目はどちらを向いていましたか？（右・左・上・下・真ん中）

顔はどちらを向いていましたか？（右・左・上・下・真ん中）

腕は？（伸びていた・曲がっていた）

足は？（伸びていた・曲がっていた）

手足に力が入っていましたか？（力あり・力なし）

意識が戻った後、すぐにはっきりしましたか？

（すぐにはっきりした・しばらくぼんやりしていた）

意識を失った時の状況を詳しく書いてください

--