

顔面神経麻痺 問診

年 月 日

氏名

どちらの顔ですか？ 右・左

いつから症状がありますか？

()

当てはまる症状に○をつけてください

顔が動かしにくい・目が閉じれない・涙が出る・目が乾く・味覚がおかしい・食事が口からこぼれる
触った時に感覚が鈍い・麻痺側がピリピリする
手足の動かしにくさ・吐き気・口がどもる・頭痛

耳の症状についてお聞きます。当てはまるものがあれば○をつけてください

聞こえにくい(右・左)

耳鳴り(右・左)

耳が痛む、または痒い(右・左)

眩暈(有・無)

その他耳の症状がありましたらお書きください()

きっかけで思い当たることはありますか？

()

過去に顔面神経麻痺になったことはありますか？どちらかに○をつけてください

ある・ない

今までにヘルペスや帯状疱疹はできたことがありますか？どちらかに○をつけてください

できたことがある・できたことなし

現在治療中の病気やかかったことのある病気がありましたらお書きください

()

現在内服中のお薬がありましたらお書きください

()