

# 神経障害問診票

(患者様記入用)

患者様へ

- すべての質問にお答え下さい。一部だけに答えたり、記入もれがあったりすると正しい答えを出すことができません。

フリガナ	生年	昭和	年	月	性別	<input type="checkbox"/> 男
患者氏名	月					<input type="checkbox"/> 女
患者ID	データ採取日	20	年	月	日	

## 6. 神経障害指標

①神経障害問診票	1. 両足指または両足底部のしびれがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	2. 歩くときに両足底部に何か薄皮が張り付いているような感じがしますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	3. 両足指または両足底部にチクチク、焼け付く又は突き刺すような痛みがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	4. 両足指や両足底部の感覚が鈍いですか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	5. 触ったり何かが触れると両足の感覚が過敏であったり痛みや不快な感じがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

※この書類はデータセンターへの送付は必要ありません。症例報告書に転記が終わりましたら、研究担当者のもとで保管下さい。