



記入日 年 月 日

氏名: _____

最近(1~2週間)の状態についてお答えください。

いいえ : 症状の全くない場合

少し : 症状があるが気にならない程度の場合

はい : 症状がはっきりあるが、日常生活に支障のない程度の場合

非常に : 症状が強く、しばしば日常生活に支障をきたす場合

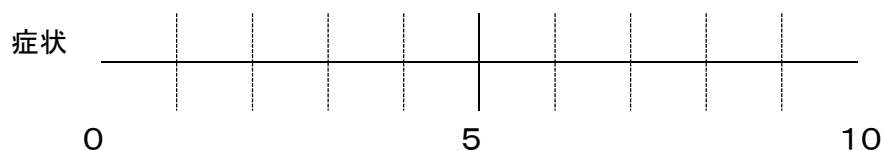
1 からだがだるい	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
2 からだが重い	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
3 気力がない	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
4 集中力がない	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
5 疲れやすい	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
6 風邪をひきやすい	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
7 昼間に眠くなる	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
8 眠れない・眠りが浅い	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
9 朝に起きにくい	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
10 ゆううつである	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
11 焦燥感に襲われる	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
12 ちょっとしたことには驚きやすい	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
13 顔が紅潮する	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
14 足が冷え、顔がのぼせる	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
15 手や足が冷える	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
16 朝起きるとからだが強張る	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
17 からだがむくみっぽい	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
18 しびれや感覚が鈍いところがある	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
19 手の平や足の裏に汗をかく	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
20 こむらがえりがする	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
21 ズキズキと脈打つような頭痛が発作的に起こる	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
22 頭が重い	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
23 目が疲れる	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に

24 めまいがする	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
25 立ちくらみがする	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
26 車酔いしやすい	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
27 鼻水が出る	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
28 唾が多い	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
29 泡のよう痰が出る	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
30 喉がつかえた感じがする	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
31 胸が詰まった感じがする	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
32 咳き込む	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
33 急に動悸がする	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
34 げっぷが出やすい	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
35 食欲がない	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
36 吐き気がする	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
37 吐くことがある	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
38 肋骨の下の部分のおなかが重苦しい	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
39 急に腹が痛くなる	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
40 腹が張る	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
41 腹がゴロゴロ鳴る	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
42 下痢しやすい	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
43 水のような下痢をする	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
44 おならがよく出る	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
45 痔がある	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
46 尿が多い	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
47 尿が少ない	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
48 残尿感がある	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
49 時間によって症状が色々変わる	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
50 月経不順 ・ 月経障害がある	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に

再診の方におうかがいします

初診時の状態を10とした時、現在の状態はいくつに相当しますか？

下の線に印をつけて下さい。



その他気になることがあれば、ご記入下さい

()