

名前 _____ ID _____

受診日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

起立性低血圧症外来 問診票(初診)

年齢 _____ 歳 (_____ 校) _____ 年生 身長 _____ cm 体重 _____ kg

住所 _____ 市 _____ 区 OD 外来を何で知りましたか? _____

【これまでの経過を簡単にご記入ください。(発症時期・きっかけ・経過・受診歴など)】

【現在お困りの症状について教えてください】

- 起床困難 睡眠障害 頭痛 消化器症状 (腹痛、下痢、便秘、吐き気)
- 平衡機能障害 (めまい、ふらつき、立ちくらみ) 発汗異常 排尿障害
- 倦怠感 ブレインフォグ(ボーツとする/集中力がない/日中の眠気) 心臓の違和感
- 発達障害が気になる その他: _____

【家族構成】 母:(職業: _____) 父:(職業: _____)

【睡眠について】

- 眠ようと思っても眠れない 寝ようと思っていない 早く寝ても起きることができない
(ついつい遅くなる。)

【平均的な睡眠スケジュールについて教えてください】

就寝時刻: _____ 目が覚める時刻: _____ 元気スイッチが入る時刻: _____

【腹痛について】

- 月に1日 月に2~4日 月に5~14日 月に15日以上

- ↳ { 便が出れば楽になる
 便秘 下痢 便の性状に変化がない。
 日常生活中に症状の出現頻度が変化する(朝、排便が多くなるなど)。

【頭痛について】

- 月に1日 月に2~4日 月に5~14日 月に15日以上

内服薬: _____

【起立性調節障害の症状について】

大症状

A) 立ちくらみあるいはめまいを起こしやすい	Ⅲ： しばしば(そっと立つ例もある) Ⅱ： ときどき(1週に1度) Ⅰ： たまに(それ未満)
B) 立っていると気持ち悪くなる。ひどいと倒れる	Ⅲ： しばしば(1週間に1度) Ⅱ： ときどき(1ヶ月に1度) Ⅰ： たまに(2ヶ月に1度)
C) 入浴時あるいは嫌なことを見聞きすると気持ちが悪くなる	Ⅲ： しばしば(1週間に1度) Ⅱ： ときどき(1ヶ月に1度) Ⅰ： たまに(2ヶ月に1度)
D) 少し動くとき動悸あるいは息切れがする	Ⅲ： しばしば(少し動いた時の2/3以上) Ⅱ： ときどき(少し動いた時の半分) Ⅰ： たまに(2ヶ月に1度くらい)
E) 朝起きが悪く、午前中調子が悪い	Ⅲ： しばしば(1週に3回以上) Ⅱ： ときどき(1週に1~2回) Ⅰ： たまに(それ未満)

小症状

a. 顔色が青白いと言われる	Ⅲしばしば	Ⅱときどき	Ⅰたまに
b. 食欲不振	Ⅲしばしば	Ⅱときどき	Ⅰたまに
c. へその周りの痛み	Ⅲしばしば	Ⅱときどき	Ⅰたまに
d. 倦怠感あるいは疲れやすい	Ⅲしばしば	Ⅱときどき	Ⅰたまに
e. 頭痛	Ⅲしばしば	Ⅱときどき	Ⅰたまに
f. 乗り物酔い	Ⅲしばしば(乗車ごと)	Ⅱときどき(乗車回数の半分)	Ⅰたまに(2ヶ月に1度)

しばしば：1週に3回以上 ときどき：1週に1~2回 たまに：上記未満
--

【現在の登校頻度について教えてください】

<input type="checkbox"/> 状態0	登校できる	外出できる	ほぼ平常に登校している
<input type="checkbox"/> 状態1			遅刻・欠席がしばしばある。保健室通いが多い
<input type="checkbox"/> 状態2			保健室・相談室登校。半分以上欠席
<input type="checkbox"/> 状態3	登校できない		学校以外の施設への定期的。参加ができています
<input type="checkbox"/> 状態4			比較的気軽に外出できる
<input type="checkbox"/> 状態5		外出できない	家庭内では安定しているが外出は難しい
<input type="checkbox"/> 状態6			部屋に閉じこもり、家族ともほとんど顔を合わせない

*今の気持ちや不安・心配事、一番困っていることをご自由にお書き下さい。

・一番困っているものは? _____

・一番不安なことは? _____

・先生/看護師に伝えたいことありますか? _____

ご協力ありがとうございました。