

≪本人記入≫※可能な限りご本人が記入してください

お名前 _____ ・血圧 (最高 _____ / 最低 _____) ・心拍数 (_____)
*窓側の自動血圧計で計測し記入してください

1. ① 現在気になっている症状、困っていること、辛いと思っていることはなんですか? (自由記載)

② それはいつ頃から始まりませんか? きっかけになるような出来事がありましたか?

いつ頃: _____ 年 _____ 月頃

きっかけや思い当たることはありますか: ない / ある (_____)

2. ① 今回の受診は、誰が提案しましたか?または紹介した方がいますか? をつけてください。複数回答可。

父 母 本人 学校関係者(担任・保健室の先生・スクールカウンセラー)

その他(_____)

② 今回の受診で希望することがありますか?(複数回答可)

・なし / あり

検査をしてほしい 薬を出してほしい 話を聞いてほしい その他(_____)

3. 内服可能な薬の形態を教えてください(複数回答可)

錠剤 粉・顆粒 漢方薬(錠剤・顆粒) どのような形状でも内服できる

4. 起立性調節障害チェックリストです。該当するものに○をつけてください。

- ① 立ちくらみやめまいを起こしやすい ② 朝なかなか起きられない(午前は調子が悪い)

③ 立ち上がったときに、気持ちが悪くなったり気を失ったりする ④ 少し動いただけで動悸・息切れがする

⑤ 入浴時や、嫌なことを見聞きしたときに気持ちが悪くなる ⑥ 食欲不振がある

⑦ 倦怠感がある、もしくは疲れやすい ⑧ 頭痛がある ⑨ 顔色が青白い ⑩ ときどき腹痛を訴えている

⑪ 乗り物酔いしやすい ⑫ 該当するものがない

*3つ以上もしくは強い症状が2つ以上当てはまり、ほかの病気が見られないときは起立性調節障害の可能性あります。

5. 生活習慣について教えてください

① 食事

- 食欲が(ない・ある・食べすぎてしまう)
- 食事は(3食・2食)食べている
- 体調不良になってから体重の増減がありますか?

(ない・ある:いつから: _____ から _____ kg 増えた・減った)

→裏へ続く

