

# PNH問診票



# PNH問診票

氏名	受診日	年	月	日
----	-----	---	---	---

## 前回の受診から今日までに、次のような症状がありましたか？

痛みを伴う症状	程度	期間
腹痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽い痛みがある <input type="checkbox"/> ひどく痛い	月 日 ~ 月 日 くらい
足の痛み、しびれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> ひどい	月 日 ~ 月 日 くらい
胸が痛い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽い痛みがある <input type="checkbox"/> ひどく痛い	月 日 ~ 月 日 くらい
背中や腰が痛い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽い痛みがある <input type="checkbox"/> ひどく痛い	月 日 ~ 月 日 くらい
症状	程度	症状が出た期間
疲労感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> ひどく疲れる	月 日 ~ 月 日 くらい
脱力感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々力が抜ける <input type="checkbox"/> 全く力が入らない	月 日 ~ 月 日 くらい
ものごとに対する意欲	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> 全くない	月 日 ~ 月 日 くらい
日常生活への支障	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々活動するのがつらい <input type="checkbox"/> 支障をきたしている	月 日 ~ 月 日 くらい
めまい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々・軽く <input type="checkbox"/> ひどい	月 日 ~ 月 日 くらい
息切れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 中くらい <input type="checkbox"/> ひどい	月 日 ~ 月 日 くらい
食べ物がのみこみにくい(嚥下障害)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> のみこみにくい <input type="checkbox"/> ひどくのみこみにくい	月 日 ~ 月 日 くらい
皮膚や目が黄色っぽい(黄疸)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し黄色っぽい <input type="checkbox"/> 濃い黄色	月 日 ~ 月 日 くらい
男性機能不全	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 中くらい <input type="checkbox"/> ひどい	月 日 ~ 月 日 くらい
前回の受診以降に、風邪や感染症にかかりましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	月 日 ~ 月 日 くらい
尿の色(暗色の濃さ)	<input type="checkbox"/> 番号を記入してください	月 日 ~ 月 日 くらい
	(参考*) 	

他に気がついたこと、先生に伝えたいことを記入してください。