

ご自身の症状を記録して、診察日に先生にお話してください。

各症状について、感じ方やつらさをチェックしてください。

記録対象期間： 月 日 ~ 月 日

記入日	月 日		
症状			
尿の色（暗色の濃さ）	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し暗色	<input type="checkbox"/> 暗色
息切れ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 中くらい	<input type="checkbox"/> ひどい
食べ物が飲み込みにくい （嚥下障害）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> のみこみに にくい	<input type="checkbox"/> ひどくのみ こみにくい
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
勃起不全	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 中くらい	<input type="checkbox"/> ひどい
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	
痛みを伴う症状			
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
足の痛み、しびれ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽い	<input type="checkbox"/> ひどい
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
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
疲労感			
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
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
集中力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 時々 欠ける	<input type="checkbox"/> 全く 持続しない
めまい	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時々・軽く	<input type="checkbox"/> ひどい
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

