

# 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？

あてはまる部分に○をつけてください。

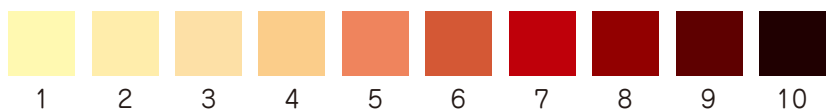
痛みを伴う症状	程度	期間
腹痛	ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/>	月 日 ~ 月 日 くらい
足の痛み、しびれ	ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/>	月 日 ~ 月 日 くらい
胸の痛み	ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/>	月 日 ~ 月 日 くらい
背中や腰の痛み	ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/>	月 日 ~ 月 日 くらい

症状	程度	症状が出た期間
疲労感	ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/>	月 日 ~ 月 日 くらい
脱力感	ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/>	月 日 ~ 月 日 くらい
ものごとに対する意欲	ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/>	月 日 ~ 月 日 くらい
日常生活への支障	ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/>	月 日 ~ 月 日 くらい
めまい	ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/>	月 日 ~ 月 日 くらい
息切れ	ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/>	月 日 ~ 月 日 くらい
食べ物のみこみにくい (嚥下障害)	ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/>	月 日 ~ 月 日 くらい
皮膚や目が黄色っぽい (黄疸)	ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/>	月 日 ~ 月 日 くらい
男性機能不全	ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/>	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？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	月 日 ~ 月 日 くらい

### 尿の色(暗色の濃さ)

最も近い色の番号を記入してください

- 朝起きてすぐの尿 ( )
- 体調をくずしたときの尿 ( )  
(例:風邪をひいたとき等)



Hillmen P, et al. *N Engl J Med.* 2004;350(6):552-559. に基づき作成

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。

