

わたしの受診ノート

当てはまる項目にチェックして、受診時のメモとしてご利用ください。

記載の症状以外で気になることがあれば、空欄を活用して記載しましょう。

心身の状態とその変化についてメモしておきましょう

<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ()
<input type="checkbox"/> 環境に変化があった (学業・家庭・仕事)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ()
<input type="checkbox"/> 落ち込むことが多い・心配ごとが多い	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ()

手の状態とその変化についてメモしておきましょう

<input type="checkbox"/> ペットボトルなどのフタが開けられない	<input type="checkbox"/> 改善した	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 悪化した
<input type="checkbox"/> 握力が落ちた	<input type="checkbox"/> 改善した	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 悪化した
<input type="checkbox"/> 腕が上がらない	<input type="checkbox"/> 改善した	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 悪化した
<input type="checkbox"/> 箸を上手に使えない	<input type="checkbox"/> 改善した	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 悪化した
<input type="checkbox"/> 物をよく落とす、つかみにくい	<input type="checkbox"/> 改善した	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 悪化した
<input type="checkbox"/> ボタンの開け閉めがしにくい	<input type="checkbox"/> 改善した	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 悪化した
<input type="checkbox"/> 手の感覚が変だと感じる、しびれる	<input type="checkbox"/> 改善した	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 悪化した
<input type="checkbox"/> 手の筋肉がやせた 例：親指と人差し指の間	<input type="checkbox"/> 改善した	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 悪化した
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 改善した	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 悪化した

足の状態とその変化についてメモしておきましょう

<input type="checkbox"/> 歩きにくい、つまづきやすい	<input type="checkbox"/> 改善した	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 悪化した
<input type="checkbox"/> 階段や坂道の上下りがきつい	<input type="checkbox"/> 改善した	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 悪化した
<input type="checkbox"/> ふらつく	<input type="checkbox"/> 改善した	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 悪化した
<input type="checkbox"/> 立ち上がるのが難しい	<input type="checkbox"/> 改善した	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 悪化した
<input type="checkbox"/> 足の感覚が変だと感じる、しびれる	<input type="checkbox"/> 改善した	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 悪化した
<input type="checkbox"/> 足の筋肉がやせた 例：むこうずね	<input type="checkbox"/> 改善した	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 悪化した
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 改善した	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 悪化した

日常生活で困っていること・不安なこと・疑問に思っていることについてメモしておきましょう

- ・身の回りで起きた大きな環境 (学業・家庭・仕事) の変化について
- ・治療について希望したいこと
- ・現在生じている症状は病気によるものなのか、お薬の副作用なのか
- ・市販のお薬や健康食品・サプリメントについて
- ・医師・看護師・薬剤師の説明でわからなかったこと

など