

LTFU 問診票（全国版）

① 最優先項目

お名前： _____ 様 性別： 男性・女性

現在のご年齢： _____ 歳 受診日： _____ 年 月 日

本日のLTFU 外来で相談したいこと
（ _____ ）

ご自分の体調や状況についてお答えください。

- 体調や状況については、前回 LTFU 外来を受診した以降のことをお答えいただければ結構です。
 - 書かれた内容をもとにお話を伺ったり、今後の診療の参考にさせていただいたりします。
 - 答えたくない場合や当てはまらない場合は空欄でも構いません。
- (※や★マークは特定のチェック項目を示しますが、担当医療者用の印です。)

◆ 日常生活について

1. 前回外来受診時から現在まで、なにか体調変化がありますか？

- ☐ なし
- ☐ あり → ☐ 発熱 ☐ だるさ ☐ 咽頭痛 ☐ 咳
 ☐ 腹痛 ☐ 頭痛 ☐ 下痢 ☐ 便秘
 ☐ そのほか ()

2. 日常生活における活動の程度を教えてください

- ☐ まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える。
- ☐ 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。 例：軽い家事、事務作業
- ☐ 歩行可能で、自分の身の回りのことはすべて可能だが、作業はできない。日中の50%以上はベッドの外で過ごす。
- ☐ 限られた自分のみのまわりのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。
- ☐ まったく動けない。自分の身の回りのことはまったくできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

3. 日常生活において運動をしていますか？

- ☐ あり (内容_____)
- ☐ なし (運動していない理由があれば_____)

4. 喫煙はしていますか？

- ☐ していない
- ☐ している (_____本/日)

5. 飲酒について教えてください

- ☐ していない
- ☐ している (週_____回_____/日)

6. 薬の服用状況を教えてください

- ☐ 処方通り飲めている
- ☐ 時々飲み忘れる
- ☐ しょっちゅう飲み忘れる

◆ それぞれの身体的症状やケアについて

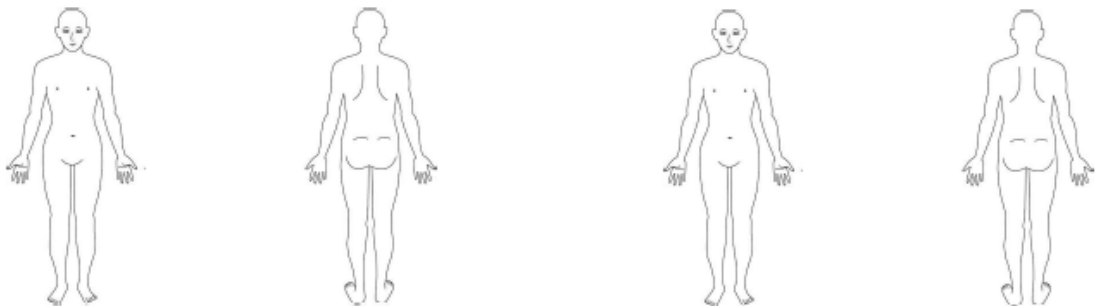
1. 皮膚

1.) 皮膚の症状や変化がありますか？

- ☐ なし
- ☐ あり → ☐ 赤み※ ☐ 発疹（ぶつぶつ）※ ☐ 乾燥（カサカサ） ☐ かゆみ※
☐ 黒ずみ（色素沈着）※ ☐ 色が薄い、白く抜けている（色素脱失）※
☐ 潰瘍（かいよう：皮膚が深く欠損している）※ ☐ 皮膚が硬い※
☐ 汗が出ない ☐ そのほか（ ）

2.) 皮膚の変化がある場所に印をつけてください

(左の図に記載しきれない場合には、右の図にも記載をしてください)



3.) 爪の症状や変化がありますか？ ※

- ☐ なし
☐ あり → ☐ 肥厚（厚くなった）
☐ 萎縮（小さい・縮む）
☐ そのほか（ ）
- ☐ 縦線 ☐ 割れる・ひびが入りやすい
☐ 二枚爪

4.) 軟こう・クリーム・ローションなどを使用していますか？（上記の症状に関わらず）

- ☐ していない
☐ している → ☐保湿剤（ ）
☐保湿剤以外の外用薬（ ）

2. 口腔内

1.) 口や口の中に症状や変化がありますか？

- ☐ なし
- ☐ あり → ☐ 口内炎（痛いところ・白く変色したところなど）※
☐ 潰瘍（かいよう：粘膜の欠損）※ ☐ 唾液（つば）が出にくい
☐ 口の乾燥 ☐ 大きく開けにくい ☐ 味覚の変化
☐ 痛い・しみる ☐ そのほか（ ）

2.) 口の症状がある場合、それによって食生活に制限や支障はありますか？

- ☐ 食生活に制限や支障はない
- ☐ 食生活に少し制限や支障がある
- ☐ 食生活に大きく制限や支障がある

3. 眼

1.) 眼の症状や変化がありますか？

- ☐ なし
- ☐ あり → ☐ ゴロゴロする ☐ 痛みがある
☐ かすむ ☐ 視力の低下を感じる※
☐ まぶしい ☐ 涙が多い ☐ めやにが多い
☐ 乾燥する（ドライアイ）※ →2)、3)にもお答えください
☐ そのほか（ ）

（眼の乾燥（ドライアイ）に☑された方）

2.) 眼の乾燥（ドライアイ）がある場合、点眼薬（目薬）の回数を教えてください

- ☐ なし
- ☐ 1日3回以下
- ☐ 1日4回以上（ ____ 回/日くらい）

3.) 眼の乾燥（ドライアイ）がある場合、点眼薬以外の眼科処置を受けていますか？

- ☐ なし
- ☐ 涙点プラグ
- ☐ 医療用コンタクト
- ☐ そのほか（ ）

4. 消化器

1.) 消化器（胃腸）症状やそれに関連した変化がありますか？

- ☐ なし
- ☐ あり → ☐ 食欲不振※ ☐ 腹痛 ☐ 飲み込みづらい※
☐ 吐き気※ ☐ 嘔吐※
☐ 下痢（1日____回）※ ☐ 便秘
☐ 体重減少（ここ3か月で_____kg）
☐ その他（ _____ ）

5. 呼吸器

1.) 肺・呼吸器の症状や変化がありますか？

- ☐ なし
☐ あり → ☐ 咳 ☐ 痰 ☐ のどの痛み
☐ 大きく息を吸いづらい
☐ 息切れ※ →2)にもお答えください
☐ その他()

(息切れに☑された方)

2.) 息切れがある場合、その症状の程度を教えてください

- ☐ 階段を 1 階分登った後に息切れがある
- ☐ 平地を歩いた後に息切れがある
- ☐ じっとしていても息切れがする または 自宅でも酸素を吸っている

6. 関節

1.) 関節の症状や変化がありますか？

- ☐ なし
- ☐ あり → ☐ こわばる※ ☐ 曲げづらい ☐ 関節の痛み
☐ そのほか（ ）

2.) 関節症状がある場合、その部位を教えてください

- ☐肩 ☐肘 ☐手首 ☐指 ☐股関節 ☐膝 ☐足首
☐その他()

7. 性生活、妊よう性

※ 妊よう性：男女に関わらず、子供を授かること

【移植後の確認事項として重要な事柄をおききしています。

答えたくない場合や当てはまらない場合は空欄でも構いません。

下記の□にチェックを入れて先に進んでください。】

☐ 前回と変わりがない ☐ 当てはまらない ☐ わからない ☐ 答えたくない

1.) 性生活や妊よう性についての悩みがありますか？

☐ なし

☐ あり → ()

2.) そのほかに性生活や妊よう性などについて相談をしたい症状があればお知らせください
()

◆ その他の合併症について

1. 前回受診時（問診票記載時）以降に、他の病院や他の科を受診しましたか？

☐ 受診していない

☐ 受診した (医療機関名 _____ 受診科名 _____)
(医療機関名 _____ 受診科名 _____)

2. 前回受診時（問診票記載時）以降に、他の病院や他の科で診断を受けた疾患はありますか？

☐ なし

☐ あり → ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症（高コレステロールなど） ☐ 糖尿病
☐ 心筋梗塞・狭心症★ ☐ 脳血管疾患★
☐ 大腿骨頭壊死★ ☐ 甲状腺機能障害（機能亢進・低下）★
☐ 白内障★ ☐ 肺炎などの感染症★
☐ 腫瘍（しゅよう） ☐ 骨折
☐ そのほか ()