

## LTFU 問診票（全国版）

### ③ 症状の程度や社会生活の確認

お名前：\_\_\_\_\_様 性別：男性・女性

現在のご年齢：\_\_\_\_\_歳 受診日：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

付き添い：なし あり → 配偶者 子供 親 その他（\_\_\_\_\_）

#### 本日の面接目的

定期的な受診：移植後3か月 6か月 9か月 1年 （\_\_\_\_\_）年

希望受診：ご自身の希望 家族の希望

そのほか（\_\_\_\_\_）

#### 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。
- 書かれた内容を基にお話を伺ったり、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（問診票記載時）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. 前回外来受診時（問診票記載時）から現在まで、気分や睡眠の変化がありますか？

なし  
 あり →  忘れっぽい  怒りっぽい  だるい  頭が痛い  
 そのほか ( )

4. 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 \_\_\_\_\_)

5. 喫煙はしていますか？

していない  
 している (\_\_\_\_\_ 本/日)

6. 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)

7. 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
- しおちゅう飲み忘れる

8. 居住地の変更（お引越し）はありましたか？

- なし
- あり

9. 食事のことでお困りのことがあれば、具体的にお書きください

( )

## ◆ それぞれの身体的症状やケアについて

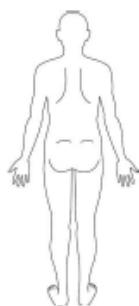
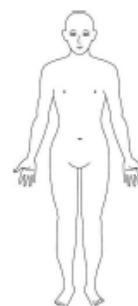
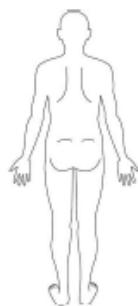
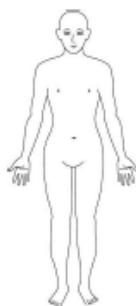
現在、どのくらい以下の症状がありますか？

症状の強さをあらわす5段階（0：全くない～4：極めて）や、それぞれの選択肢の中で、当てはまるものに○をつけてください。

皮膚・爪・毛髪:	全くない	少し	まあまあ	結構	極めて
1 赤み※	0	1	2	3	4
2 発疹（ぶつぶつ）※	0	1	2	3	4
3 乾燥（カサカサ）	0	1	2	3	4
4 かゆみ※	0	1	2	3	4
5 黒ずみ（色素沈着）※	0	1	2	3	4
6 色が薄い（色素脱失）※	0	1	2	3	4
7 潰瘍（かいよう：皮膚の深い欠損）※	0	1	2	3	4
8 皮膚が硬い※	0	1	2	3	4
9 汗が出ない	0	1	2	3	4
10 爪の変化※	0	1	2	3	4
11 髪の毛が薄い、抜け毛が多い※	0	1	2	3	4
12 その他の毛髪の変化※	0	1	2	3	4
13 頭皮のかゆみ、フケ※	0	1	2	3	4
14 そのほか（ ）	0	1	2	3	4
15 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）	<input type="checkbox"/> していない				
	<input type="checkbox"/> している → <input type="checkbox"/> 保湿剤（ ）				
		<input type="checkbox"/> 保湿剤以外の外用薬（ ）			

上記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）



口腔:		全くない	少し	まあまあ	結構	極めて
16	口内炎（痛いところ、白く変色したところ）	0	1	2	3	4
17	潰瘍（かいよう：粘膜の欠損）※	0	1	2	3	4
18	唾液（つば）が出にくい	0	1	2	3	4
19	乾燥する	0	1	2	3	4
20	大きく開けにくい	0	1	2	3	4
21	味覚の変化	0	1	2	3	4
22	痛い・しみる	0	1	2	3	4
23	そのほか（ ）	0	1	2	3	4
24	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？※					
		<input type="checkbox"/> 食生活に制限や支障はない				
		<input type="checkbox"/> 食生活に少し制限や支障がある				
		<input type="checkbox"/> 食生活に大きく制限や支障がある				
眼:		全くない	少し	まあまあ	結構	極めて
25	ゴロゴロする	0	1	2	3	4
26	痛みがある	0	1	2	3	4
27	かすむ	0	1	2	3	4
28	視力の低下を感じる※	0	1	2	3	4
29	まぶしい	0	1	2	3	4
30	涙が多い	0	1	2	3	4
31	めやにが多い	0	1	2	3	4
32	乾燥する（ドライアイ）※	0	1	2	3	4
33	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※					
		<input type="checkbox"/> なし				
		<input type="checkbox"/> 1日3回以下				
		<input type="checkbox"/> 1日4回以上（_____回/日くらい）				
34	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？※					
		<input type="checkbox"/> なし				
		<input type="checkbox"/> 涙点プラグ				
		<input type="checkbox"/> 医療用コンタクト				
		<input type="checkbox"/> そのほか（ ）				
35	そのほか（ ）	0	1	2	3	4
消化器（胃腸）や食事		全くない	少し	まあまあ	結構	極めて
36	食欲がない※	0	1	2	3	4
37	腹痛	0	1	2	3	4
38	飲み込みづらい※	0	1	2	3	4
39	吐き気※	0	1	2	3	4
40	嘔吐※	0	1	2	3	4
41	下痢※	0	1	2	3	4
42	便秘	0	1	2	3	4
43	体重減少	0	1	2	3	4
44	そのほか（ ）	0	1	2	3	4

呼吸:		全くない	少し	まあまあ	結構	極めて
45	咳	0	1	2	3	4
46	痰	0	1	2	3	4
47	のどの痛み	0	1	2	3	4
48	大きく息を吸いづらい	0	1	2	3	4
49	息切れ※	0	1	2	3	4
50 息切れがある場合、その症状の程度を教えてください※						
		<input type="checkbox"/> 階段を1階分登った後に息切れがある <input type="checkbox"/> 平地を歩いた後に息切れがある <input type="checkbox"/> 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				
51 そのほか ( )		0	1	2	3	4
筋肉と関節:		全くない	少し	まあまあ	結構	極めて
52	こわばる※	0	1	2	3	4
53	曲げづらい	0	1	2	3	4
54	痛い	0	1	2	3	4
55 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			
		<input type="checkbox"/> そのほか ( ) <input type="checkbox"/> 難しくない <input type="checkbox"/> 難しい				
56 関節症状により、靴紐むすび、ボタンかけ、着替えなどが難しいですか?※						
		<input type="checkbox"/> 難しくない <input type="checkbox"/> 難しい				
57	むくみ	0	1	2	3	4
58	しびれ	0	1	2	3	4
59	つり	0	1	2	3	4
60	筋力低下	0	1	2	3	4
61	そのほか ( )	0	1	2	3	4
陰部・生殖器		全くない	少し	まあまあ	結構	極めて
62	陰部の痛み	0	1	2	3	4
63	陰部のかゆみ	0	1	2	3	4
64	陰部の不快感	0	1	2	3	4
65	陰部の出血	0	1	2	3	4
66	陰部の乾き	0	1	2	3	4
67	(女性) おりものの異常	0	1	2	3	4
68	(女性) のぼせやほてり	0	1	2	3	4
69	そのほか ( )	0	1	2	3	4
精神と感情:		全くない	少し	まあまあ	結構	極めて
70	不安	0	1	2	3	4
71	落ち込み	0	1	2	3	4
72	眠れない	0	1	2	3	4
73	そのほか ( )	0	1	2	3	4

## ◆ 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 → ( )

## ◆ 就労や就学について

【就労もしくは就学をしている方はお答えください】

### 1. 通勤・通学の手順と時間

徒歩 所要時間：\_\_\_\_\_分  
 自家用車 所要時間：\_\_\_\_\_分  
 電車やバス 所要時間：\_\_\_\_\_分  
 そのほか ( ) 所要時間：\_\_\_\_\_分

## ◆ ご家族の状況

【この調査票記載が2回目以降の方は、前回と変化がない項目には回答不要です。】

### 1. ご家族や同居の方がいる場合、その方々の体調不良がありましたか？（前回受診時以降）

なし  
 あり →  発熱  風邪症状  下痢  
 そのほか ( )

### 2. 同居しているご家族や同居者がいますか？

いない  
 いる →  配偶者  親  子ども（年齢\_\_\_\_\_）  
 そのほか ( )

### 3. キーパーソンはどなたになりますか？

配偶者  親  子ども（年齢\_\_\_\_\_）  
 そのほか ( )

### 4. ご家族のことでご相談がありますか？

なし  
 あり → 後日のご連絡を希望の方は□にチェックをしてください  
 後日相談したい