

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

（ _____ ）

7. 薬の服用状況を教えてください

- 処方通り飲んでいる
- 時々飲み忘れる
- しょっちゅう飲み忘れる

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

（）

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					
	<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手首 <input type="checkbox"/> 指 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足首				
	<input type="checkbox"/> そのほか ()				
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