

起立性調節障害についての問診表

氏名 _____ (男 ・ 女) 年齢 _____ 歳

いつからどんな症状に悩んでいますか

--

以下の症状に当てはまれば右欄に○をつけてください

1	立ちくらみ、あるいはめまいを起こしやすい	
2	立っていると気持ちが悪くなる、ひどくなると倒れる	
3	入浴時あるいは嫌なことを見聞きすると気持ちが悪くなる	
4	少し動くとき動機あるいは息切れがする	
5	朝なかなか起きられず午前中調子が悪い	
6	顔色が青白い	
7	食欲不振（朝食を食べられないことが多く、夕食は食べられることが多い）	
8	腹痛を時々訴える	
9	だるい、あるいは疲れやすい	
10	頭痛	
11	乗り物に酔いやすい	

以下の症状が週に1～2回以上認める場合、右欄に○をつけてください

①	学校を休むと症状が軽減する	
②	身体症状が再発・再燃を繰り返す	
③	気にかかっていることを言われたりすると症状が増悪する	
④	1日のうちでも身体症状の程度が変化する	
⑤	身体の訴えが2つ以上にわたる	
⑥	日によって身体症状が次から次へと変化する	

あなたの学校と学年を教えてください

--

家族構成を教えてください

--

今までにかかった病気を教えてください（風邪・胃腸炎などの流行病以外）

--

以上です。ありがとうございました。