

成人版

低ホスファターゼ症 (HPP) 症状記録ノート

監修

大阪大学大学院医学系研究科 小児科学 教授
大菌 恵一 先生

期間

年 月 日 ~ 年 月 日

このノートの使用については主治医とご相談ください

低ホスファターゼ症(HPP) 症状記録ノートを活用しましょう

■ このHPP症状記録ノートは、患者さんとそのご家族が病院を受診される際、先生とコミュニケーションをより適切に取っていただくことをサポートするためのものです。

■ 定期的に日常生活や症状について振り返り、記録してみましょう。



■ 可能であれば月に1度は記録するとよいでしょう。
毎月の変化が分かるようになります。

■ 次回受診の際、先生へご相談されたい症状や気になることを記入し、伝えましょう。



記入日： 月 日

1. 下記の日常動作・日常生活・症状で、該当する項目の評価に○をつけ、詳細を備考欄にお書きください。

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
日常生活について	特に問題なく生活が送れていますか？支援が必要なのはどの場面ですか？(備考欄へ具体的に記載ください)	1・2・3・4・5	
歩く	同じくらいの年齢の人と同じくらいのはやさで歩くことができる	1・2・3・4・5	
走る	転んだりよろけたりせずに走ることができる	1・2・3・4・5	
ジャンプ	スポーツや子供と遊ぶことができる	1・2・3・4・5	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5	
横になる、眠る	ベッドまたは布団に寝たり、起き上がることができる	1・2・3・4・5	
物を持つ、つかむ、運ぶ	頭上の棚にある物を下におろしたり、床にあるものをひろうことができる	1・2・3・4・5	
握力	ペットボトルのフタをあけることができる	1・2・3・4・5	
睡眠	この1ヵ月間で、眠れない、もしくは途中で起きてしまうことはありましたか？	1・2・3・4・5	
気分	この1ヵ月間で、気分によって日常生活が制限されたことは、どの程度ありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(仕事、住まい等)	ない ・ ある	
生活環境	通勤・通学など休まずに通うことができる	1・2・3・4・5	

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
口腔内の異常(歯ぐきがはれる、歯がぐらついている、歯が抜けたなど)		ない ・ ある	
骨折した		ない ・ ある	
痛みについて	関節痛(腫れ、こわばりなど含む)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	その他の痛み(頭痛など)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	痛みに対して、痛み止めを使用しましたか?はい、の場合どの程度使用しましたか? 服用している痛み止めの詳細を記載してください(処方薬、市販薬など)	いいえ ・ はい はい ⇒ 1~2回/週 ・ 3~4回/週 ・ 毎日 痛み止めの詳細 ()	
疲労感がある(疲れやすいなど) ⇒日常生活に影響するほどの疲労感ですか?	1・2・3・4・5 いいえ ・ はい		

2. 上記以外に日常生活でお困りのことがあればお書きください。

記入日： 月 日

1. 下記の日常動作・日常生活・症状で、該当する項目の評価に○をつけ、詳細を備考欄にお書きください。

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
日常生活について	特に問題なく生活が送れていますか？支援が必要なのはどの場面ですか？(備考欄へ具体的に記載ください)	1・2・3・4・5	
歩く	同じくらいの年齢の人と同じくらいのはやさで歩くことができる	1・2・3・4・5	
走る	転んだりよろけたりせずに走ることができる	1・2・3・4・5	
ジャンプ	スポーツや子供と遊ぶことができる	1・2・3・4・5	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5	
横になる、眠る	ベッドまたは布団に寝たり、起き上がることができる	1・2・3・4・5	
物を持つ、つかむ、運ぶ	頭上の棚にある物を下におろしたり、床にあるものをひろうことができる	1・2・3・4・5	
握力	ペットボトルのフタをあけることができる	1・2・3・4・5	
睡眠	この1ヵ月間で、眠れない、もしくは途中で起きてしまうことはありましたか？	1・2・3・4・5	
気分	この1ヵ月間で、気分によって日常生活が制限されたことは、どの程度ありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(仕事、住まい等)	ない ・ ある	
生活環境	通勤・通学など休まずに通うことができる	1・2・3・4・5	

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
口腔内の異常(歯ぐきがはれる、歯がぐらついている、歯が抜けたなど)		ない ・ ある	
骨折した		ない ・ ある	
痛みについて	関節痛(腫れ、こわばりなど含む)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	その他の痛み(頭痛など)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	痛みに対して、痛み止めを使用しましたか?はい、の場合どの程度使用しましたか? 服用している痛み止めの詳細を記載してください(処方薬、市販薬など)	いいえ ・ はい はい ⇒ 1~2回/週 ・ 3~4回/週 ・ 毎日 痛み止めの詳細 ()	
疲労感がある(疲れやすいなど) ⇒日常生活に影響するほどの疲労感ですか?	1・2・3・4・5 いいえ ・ はい		

2. 上記以外に日常生活でお困りのことがあればお書きください。

記入日： 月 日

1. 下記の日常動作・日常生活・症状で、該当する項目の評価に○をつけ、詳細を備考欄にお書きください。

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
日常生活について	特に問題なく生活が送れていますか？支援が必要なのはどの場面ですか？(備考欄へ具体的に記載ください)	1・2・3・4・5	
歩く	同じくらいの年齢の人と同じくらいのはやさで歩くことができる	1・2・3・4・5	
走る	転んだりよろけたりせずに走ることができる	1・2・3・4・5	
ジャンプ	スポーツや子供と遊ぶことができる	1・2・3・4・5	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5	
横になる、眠る	ベッドまたは布団に寝たり、起き上がることができる	1・2・3・4・5	
物を持つ、つかむ、運ぶ	頭上の棚にある物を下におろしたり、床にあるものをひろうことができる	1・2・3・4・5	
握力	ペットボトルのフタをあけることができる	1・2・3・4・5	
睡眠	この1ヵ月間で、眠れない、もしくは途中で起きてしまうことはありましたか？	1・2・3・4・5	
気分	この1ヵ月間で、気分によって日常生活が制限されたことは、どの程度ありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(仕事、住まい等)	ない ・ ある	
生活環境	通勤・通学など休まずに通うことができる	1・2・3・4・5	

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
口腔内の異常(歯ぐきがはれる、歯がぐらついている、歯が抜けたなど)		ない ・ ある	
骨折した		ない ・ ある	
痛みについて	関節痛(腫れ、こわばりなど含む)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	その他の痛み(頭痛など)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	痛みに対して、痛み止めを使用しましたか?はい、の場合どの程度使用しましたか? 服用している痛み止めの詳細を記載してください(処方薬、市販薬など)	いいえ ・ はい はい ⇒ 1~2回/週 ・ 3~4回/週 ・ 毎日 痛み止めの詳細 ()	
疲労感がある(疲れやすいなど) ⇒日常生活に影響するほどの疲労感ですか?	1・2・3・4・5 いいえ ・ はい		

2. 上記以外に日常生活でお困りのことがあればお書きください。

記入日： 月 日

1. 下記の日常動作・日常生活・症状で、該当する項目の評価に○をつけ、詳細を備考欄にお書きください。

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
日常生活について	特に問題なく生活が送れていますか？支援が必要なのはどの場面ですか？(備考欄へ具体的に記載ください)	1・2・3・4・5	
歩く	同じくらいの年齢の人と同じくらいのはやさで歩くことができる	1・2・3・4・5	
走る	転んだりよろけたりせずに走ることができる	1・2・3・4・5	
ジャンプ	スポーツや子供と遊ぶことができる	1・2・3・4・5	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5	
横になる、眠る	ベッドまたは布団に寝たり、起き上がることができる	1・2・3・4・5	
物を持つ、つかむ、運ぶ	頭上の棚にある物を下におろしたり、床にあるものをひろうことができる	1・2・3・4・5	
握力	ペットボトルのフタをあけることができる	1・2・3・4・5	
睡眠	この1ヵ月間で、眠れない、もしくは途中で起きてしまうことはありましたか？	1・2・3・4・5	
気分	この1ヵ月間で、気分によって日常生活が制限されたことは、どの程度ありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(仕事、住まい等)	ない ・ ある	
生活環境	通勤・通学など休まずに通うことができる	1・2・3・4・5	

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
口腔内の異常(歯ぐきがはれる、歯がぐらついている、歯が抜けたなど)		ない ・ ある	
骨折した		ない ・ ある	
痛みについて	関節痛(腫れ、こわばりなど含む)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	その他の痛み(頭痛など)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	痛みに対して、痛み止めを使用しましたか?はい、の場合どの程度使用しましたか? 服用している痛み止めの詳細を記載してください(処方薬、市販薬など)	いいえ ・ はい はい ⇒ 1~2回/週 ・ 3~4回/週 ・ 毎日 痛み止めの詳細 ()	
疲労感がある(疲れやすいなど) ⇒日常生活に影響するほどの疲労感ですか?	1・2・3・4・5 いいえ ・ はい		

2. 上記以外に日常生活でお困りのことがあればお書きください。

記入日： 月 日

1. 下記の日常動作・日常生活・症状で、該当する項目の評価に○をつけ、詳細を備考欄にお書きください。

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
日常生活について	特に問題なく生活が送れていますか？支援が必要なのはどの場面ですか？(備考欄へ具体的に記載ください)	1・2・3・4・5	
歩く	同じくらいの年齢の人と同じくらいのはやさで歩くことができる	1・2・3・4・5	
走る	転んだりよろけたりせずに走ることができる	1・2・3・4・5	
ジャンプ	スポーツや子供と遊ぶことができる	1・2・3・4・5	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5	
横になる、眠る	ベッドまたは布団に寝たり、起き上がることができる	1・2・3・4・5	
物を持つ、つかむ、運ぶ	頭上の棚にある物を下におろしたり、床にあるものをひろうことができる	1・2・3・4・5	
握力	ペットボトルのフタをあけることができる	1・2・3・4・5	
睡眠	この1ヵ月間で、眠れない、もしくは途中で起きてしまうことはありましたか？	1・2・3・4・5	
気分	この1ヵ月間で、気分によって日常生活が制限されたことは、どの程度ありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(仕事、住まい等)	ない ・ ある	
生活環境	通勤・通学など休まずに通うことができる	1・2・3・4・5	

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
口腔内の異常(歯ぐきがはれる、歯がぐらついている、歯が抜けたなど)		ない ・ ある	
骨折した		ない ・ ある	
痛みについて	関節痛(腫れ、こわばりなど含む)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	その他の痛み(頭痛など)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	痛みに対して、痛み止めを使用しましたか?はい、の場合どの程度使用しましたか? 服用している痛み止めの詳細を記載してください(処方薬、市販薬など)	いいえ ・ はい はい ⇒ 1~2回/週 ・ 3~4回/週 ・ 毎日 痛み止めの詳細 ()	
疲労感がある(疲れやすいなど) ⇒日常生活に影響するほどの疲労感ですか?	1・2・3・4・5 いいえ ・ はい		

2. 上記以外に日常生活でお困りのことがあればお書きください。

記入日： 月 日

1. 下記の日常動作・日常生活・症状で、該当する項目の評価に○をつけ、詳細を備考欄にお書きください。

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
日常生活について	特に問題なく生活が送れていますか？支援が必要なのはどの場面ですか？(備考欄へ具体的に記載ください)	1・2・3・4・5	
歩く	同じくらいの年齢の人と同じくらいのはやさで歩くことができる	1・2・3・4・5	
走る	転んだりよろけたりせずに走ることができる	1・2・3・4・5	
ジャンプ	スポーツや子供と遊ぶことができる	1・2・3・4・5	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5	
横になる、眠る	ベッドまたは布団に寝たり、起き上がることができる	1・2・3・4・5	
物を持つ、つかむ、運ぶ	頭上の棚にある物を下におろしたり、床にあるものをひろうことができる	1・2・3・4・5	
握力	ペットボトルのフタをあけることができる	1・2・3・4・5	
睡眠	この1ヵ月間で、眠れない、もしくは途中で起きてしまうことはありましたか？	1・2・3・4・5	
気分	この1ヵ月間で、気分によって日常生活が制限されたことは、どの程度ありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(仕事、住まい等)	ない ・ ある	
生活環境	通勤・通学など休まずに通うことができる	1・2・3・4・5	

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
口腔内の異常(歯ぐきがはれる、歯がぐらついている、歯が抜けたなど)		ない ・ ある	
骨折した		ない ・ ある	
痛みについて	関節痛(腫れ、こわばりなど含む)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	その他の痛み(頭痛など)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	痛みに対して、痛み止めを使用しましたか?はい、の場合どの程度使用しましたか? 服用している痛み止めの詳細を記載してください(処方薬、市販薬など)	いいえ ・ はい はい ⇒ 1~2回/週 ・ 3~4回/週 ・ 毎日 痛み止めの詳細 ()	
疲労感がある(疲れやすいなど) ⇒日常生活に影響するほどの疲労感ですか?	1・2・3・4・5 いいえ ・ はい		

2. 上記以外に日常生活でお困りのことがあればお書きください。

記入日： 月 日

1. 下記の日常動作・日常生活・症状で、該当する項目の評価に○をつけ、詳細を備考欄にお書きください。

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
日常生活について	特に問題なく生活が送れていますか？支援が必要なのはどの場面ですか？(備考欄へ具体的に記載ください)	1・2・3・4・5	
歩く	同じくらいの年齢の人と同じくらいのはやさで歩くことができる	1・2・3・4・5	
走る	転んだりよろけたりせずに走ることができる	1・2・3・4・5	
ジャンプ	スポーツや子供と遊ぶことができる	1・2・3・4・5	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5	
横になる、眠る	ベッドまたは布団に寝たり、起き上がることができる	1・2・3・4・5	
物を持つ、つかむ、運ぶ	頭上の棚にある物を下におろしたり、床にあるものをひろうことができる	1・2・3・4・5	
握力	ペットボトルのフタをあけることができる	1・2・3・4・5	
睡眠	この1ヵ月間で、眠れない、もしくは途中で起きてしまうことはありましたか？	1・2・3・4・5	
気分	この1ヵ月間で、気分によって日常生活が制限されたことは、どの程度ありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(仕事、住まい等)	ない ・ ある	
生活環境	通勤・通学など休まずに通うことができる	1・2・3・4・5	

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
口腔内の異常(歯ぐきがはれる、歯がぐらついている、歯が抜けたなど)		ない ・ ある	
骨折した		ない ・ ある	
痛みについて	関節痛(腫れ、こわばりなど含む)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	その他の痛み(頭痛など)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	痛みに対して、痛み止めを使用しましたか?はい、の場合どの程度使用しましたか? 服用している痛み止めの詳細を記載してください(処方薬、市販薬など)	いいえ ・ はい はい ⇒ 1~2回/週 ・ 3~4回/週 ・ 毎日 痛み止めの詳細 ()	
疲労感がある(疲れやすいなど) ⇒日常生活に影響するほどの疲労感ですか?	1・2・3・4・5 いいえ ・ はい		

2. 上記以外に日常生活でお困りのことがあればお書きください。

記入日： 月 日

1. 下記の日常動作・日常生活・症状で、該当する項目の評価に○をつけ、詳細を備考欄にお書きください。

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
日常生活について	特に問題なく生活が送れていますか？支援が必要なのはどの場面ですか？(備考欄へ具体的に記載ください)	1・2・3・4・5	
歩く	同じくらいの年齢の人と同じくらいのはやさで歩くことができる	1・2・3・4・5	
走る	転んだりよろけたりせずに走ることができる	1・2・3・4・5	
ジャンプ	スポーツや子供と遊ぶことができる	1・2・3・4・5	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5	
横になる、眠る	ベッドまたは布団に寝たり、起き上がることができる	1・2・3・4・5	
物を持つ、つかむ、運ぶ	頭上の棚にある物を下におろしたり、床にあるものをひろうことができる	1・2・3・4・5	
握力	ペットボトルのフタをあけることができる	1・2・3・4・5	
睡眠	この1ヵ月間で、眠れない、もしくは途中で起きてしまうことはありましたか？	1・2・3・4・5	
気分	この1ヵ月間で、気分によって日常生活が制限されたことは、どの程度ありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(仕事、住まい等)	ない ・ ある	
生活環境	通勤・通学など休まずに通うことができる	1・2・3・4・5	

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
口腔内の異常(歯ぐきがはれる、歯がぐらついている、歯が抜けたなど)		ない ・ ある	
骨折した		ない ・ ある	
痛みについて	関節痛(腫れ、こわばりなど含む)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	その他の痛み(頭痛など)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	痛みに対して、痛み止めを使用しましたか?はい、の場合どの程度使用しましたか? 服用している痛み止めの詳細を記載してください(処方薬、市販薬など)	いいえ ・ はい はい ⇒ 1~2回/週 ・ 3~4回/週 ・ 毎日 痛み止めの詳細 ()	
疲労感がある(疲れやすいなど) ⇒日常生活に影響するほどの疲労感ですか?		1・2・3・4・5 いいえ ・ はい	

2. 上記以外に日常生活でお困りのことがあればお書きください。

記入日： 月 日

1. 下記の日常動作・日常生活・症状で、該当する項目の評価に○をつけ、詳細を備考欄にお書きください。

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
日常生活について	特に問題なく生活が送れていますか？支援が必要なのはどの場面ですか？(備考欄へ具体的に記載ください)	1・2・3・4・5	
歩く	同じくらいの年齢の人と同じくらいのはやさで歩くことができる	1・2・3・4・5	
走る	転んだりよろけたりせずに走ることができる	1・2・3・4・5	
ジャンプ	スポーツや子供と遊ぶことができる	1・2・3・4・5	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5	
横になる、眠る	ベッドまたは布団に寝たり、起き上がることができる	1・2・3・4・5	
物を持つ、つかむ、運ぶ	頭上の棚にある物を下におろしたり、床にあるものをひろうことができる	1・2・3・4・5	
握力	ペットボトルのフタをあけることができる	1・2・3・4・5	
睡眠	この1ヵ月間で、眠れない、もしくは途中で起きてしまうことはありましたか？	1・2・3・4・5	
気分	この1ヵ月間で、気分によって日常生活が制限されたことは、どの程度ありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(仕事、住まい等)	ない・ある	
生活環境	通勤・通学など休まずに通うことができる	1・2・3・4・5	

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
口腔内の異常(歯ぐきがはれる、歯がぐらついている、歯が抜けたなど)		ない ・ ある	
骨折した		ない ・ ある	
痛みについて	関節痛(腫れ、こわばりなど含む)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	その他の痛み(頭痛など)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	痛みに対して、痛み止めを使用しましたか?はい、の場合どの程度使用しましたか? 服用している痛み止めの詳細を記載してください(処方薬、市販薬など)	いいえ ・ はい はい ⇒ 1~2回/週 ・ 3~4回/週 ・ 毎日 痛み止めの詳細 ()	
疲労感がある(疲れやすいなど) ⇒日常生活に影響するほどの疲労感ですか?	1・2・3・4・5 いいえ ・ はい		

2. 上記以外に日常生活でお困りのことがあればお書きください。

記入日： 月 日

1. 下記の日常動作・日常生活・症状で、該当する項目の評価に○をつけ、詳細を備考欄にお書きください。

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
日常生活について	特に問題なく生活が送れていますか？支援が必要なのはどの場面ですか？(備考欄へ具体的に記載ください)	1・2・3・4・5	
歩く	同じくらいの年齢の人と同じくらいのはやさで歩くことができる	1・2・3・4・5	
走る	転んだりよろけたりせずに走ることができる	1・2・3・4・5	
ジャンプ	スポーツや子供と遊ぶことができる	1・2・3・4・5	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5	
横になる、眠る	ベッドまたは布団に寝たり、起き上がることができる	1・2・3・4・5	
物を持つ、つかむ、運ぶ	頭上の棚にある物を下におろしたり、床にあるものをひろうことができる	1・2・3・4・5	
握力	ペットボトルのフタをあけることができる	1・2・3・4・5	
睡眠	この1ヵ月間で、眠れない、もしくは途中で起きてしまうことはありましたか？	1・2・3・4・5	
気分	この1ヵ月間で、気分によって日常生活が制限されたことは、どの程度ありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(仕事、住まい等)	ない・ある	
生活環境	通勤・通学など休まずに通うことができる	1・2・3・4・5	

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
口腔内の異常(歯ぐきがはれる、歯がぐらついている、歯が抜けたなど)		ない ・ ある	
骨折した		ない ・ ある	
痛みについて	関節痛(腫れ、こわばりなど含む)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	その他の痛み(頭痛など)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	痛みに対して、痛み止めを使用しましたか?はい、の場合どの程度使用しましたか? 服用している痛み止めの詳細を記載してください(処方薬、市販薬など)	いいえ ・ はい はい ⇒ 1~2回/週 ・ 3~4回/週 ・ 毎日 痛み止めの詳細 ()	
疲労感がある(疲れやすいなど) ⇒日常生活に影響するほどの疲労感ですか?	1・2・3・4・5 いいえ ・ はい		

2. 上記以外に日常生活でお困りのことがあればお書きください。

記入日： 月 日

1. 下記の日常動作・日常生活・症状で、該当する項目の評価に○をつけ、詳細を備考欄にお書きください。

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
日常生活について	特に問題なく生活が送れていますか？支援が必要なのはどの場面ですか？(備考欄へ具体的に記載ください)	1・2・3・4・5	
歩く	同じくらいの年齢の人と同じくらいのはやさで歩くことができる	1・2・3・4・5	
走る	転んだりよろけたりせずに走ることができる	1・2・3・4・5	
ジャンプ	スポーツや子供と遊ぶことができる	1・2・3・4・5	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5	
横になる、眠る	ベッドまたは布団に寝たり、起き上がることができる	1・2・3・4・5	
物を持つ、つかむ、運ぶ	頭上の棚にある物を下におろしたり、床にあるものをひろうことができる	1・2・3・4・5	
握力	ペットボトルのフタをあけることができる	1・2・3・4・5	
睡眠	この1ヵ月間で、眠れない、もしくは途中で起きてしまうことはありましたか？	1・2・3・4・5	
気分	この1ヵ月間で、気分によって日常生活が制限されたことは、どの程度ありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(仕事、住まい等)	ない・ある	
生活環境	通勤・通学など休まずに通うことができる	1・2・3・4・5	

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
口腔内の異常(歯ぐきがはれる、歯がぐらついている、歯が抜けたなど)		ない ・ ある	
骨折した		ない ・ ある	
痛みについて	関節痛(腫れ、こわばりなど含む)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	その他の痛み(頭痛など)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	痛みに対して、痛み止めを使用しましたか?はい、の場合どの程度使用しましたか? 服用している痛み止めの詳細を記載してください(処方薬、市販薬など)	いいえ ・ はい はい ⇒ 1~2回/週 ・ 3~4回/週 ・ 毎日 痛み止めの詳細 ()	
疲労感がある(疲れやすいなど) ⇒日常生活に影響するほどの疲労感ですか?	1・2・3・4・5 いいえ ・ はい		

2. 上記以外に日常生活でお困りのことがあればお書きください。

記入日： 月 日

1. 下記の日常動作・日常生活・症状で、該当する項目の評価に○をつけ、詳細を備考欄にお書きください。

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
日常生活について	特に問題なく生活が送れていますか？支援が必要なのはどの場面ですか？(備考欄へ具体的に記載ください)	1・2・3・4・5	
歩く	同じくらいの年齢の人と同じくらいのはやさで歩くことができる	1・2・3・4・5	
走る	転んだりよろけたりせずに走ることができる	1・2・3・4・5	
ジャンプ	スポーツや子供と遊ぶことができる	1・2・3・4・5	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5	
横になる、眠る	ベッドまたは布団に寝たり、起き上がることができる	1・2・3・4・5	
物を持つ、つかむ、運ぶ	頭上の棚にある物を下におろしたり、床にあるものをひろうことができる	1・2・3・4・5	
握力	ペットボトルのフタをあけることができる	1・2・3・4・5	
睡眠	この1ヵ月間で、眠れない、もしくは途中で起きてしまうことはありましたか？	1・2・3・4・5	
気分	この1ヵ月間で、気分によって日常生活が制限されたことは、どの程度ありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(仕事、住まい等)	ない・ある	
生活環境	通勤・通学など休まずに通うことができる	1・2・3・4・5	

日常動作・日常生活・症状		5段階評価、 該当に○ ←できない できる→ ←ない ある→	備考 (例：疲れやすく5分以上歩けない、椅子からスッと立ち上がれない、など)
口腔内の異常(歯ぐきがはれる、歯がぐらついている、歯が抜けたなど)		ない ・ ある	
骨折した		ない ・ ある	
痛みについて	関節痛(腫れ、こわばりなど含む)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	その他の痛み(頭痛など)はありますか?痛みはどの部分ですか? ⇒痛みの程度はどのくらいですか?	(ない ・ ある) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛くない ほんの少し痛い 少し痛い 痛い かなり痛い 非常に痛い	
	痛みに対して、痛み止めを使用しましたか?はい、の場合どの程度使用しましたか? 服用している痛み止めの詳細を記載してください(処方薬、市販薬など)	いいえ ・ はい はい ⇒ 1~2回/週 ・ 3~4回/週 ・ 毎日 痛み止めの詳細 ()	
疲労感がある(疲れやすいなど) ⇒日常生活に影響するほどの疲労感ですか?	1・2・3・4・5 いいえ ・ はい		

2. 上記以外に日常生活でお困りのことがあればお書きください。

医療機関名



アレクシオンファーマ合同会社