

小児版

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にご相談ください

てい しょう えいちぴーぴー 低ホスフアターゼ症(HPP)

しょうじょう き ろく かつ よう 症状記録ノートを活用しましょう

えいちぴーぴーしょうじょうきろく かんじゃ かぞく びょういん
このHPP症状記録ノートは、患者さんとそのご家族が病院
じゅしん さい せんせい てきせつ
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
と
取っていただくことをサポートするためのものです。

てい き てき にちじょうせいかつ しょうじょう
定期的に日常生活や症状について
ふ かえ きろく
振り返り、記録してみましょう。



かのう つき ど きろく
可能であれば月に1度は記録するとよいでしょう。
まいつき へんか わ
毎月の変化が分かるようになります。













じかいじゅしん さい せんせい そうだん しょうじょう き
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
きにゅう つた
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。
 日常動作は小さなお子様の場合難しいものもあるため、その場合は“非該当”を選択ください。

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)
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 非該当	
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 非該当	
ジャンプ	友達と遊んだり、体育の授業やスポーツができる	1・2・3・4・5 非該当	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5 非該当	
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 非該当	
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くらいありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(入学、引っ越し、習い事など)	ない ・ ある	
生活環境	幼稚園・保育園・学校へ休まずに通うことができる	1・2・3・4・5 非該当	













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(歯が抜けた、歯がぐらついているなど)		ない ・ ある	
けいれん発作がおきた		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)・筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか?(カッコ内に記載ください) ⇒痛みの程度はどのくらいですか?(小さなお子さんの場合、機嫌が悪い、夜泣きがひどい、など気になる症状があれば記載ください)	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?(小さなお子さんの場合、痛がる様子の部位があれば記載ください)	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 ()	

2.上記以外に症状で気になることがあればお書きください。(例：ミルクの飲みが悪い、ボタンを一人でかけられない、歯を磨くことができない、ペットボトルのフタを開けられないなど)

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。
 日常動作は小さなお子様の場合難しいものもあるため、その場合は“非該当”を選択ください。

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)
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 非該当	
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 非該当	
ジャンプ	友達と遊んだり、体育の授業やスポーツができる	1・2・3・4・5 非該当	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5 非該当	
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 非該当	
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くらいありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(入学、引っ越し、習い事など)	ない ・ ある	
生活環境	幼稚園・保育園・学校へ休まずに通うことができる	1・2・3・4・5 非該当	













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(歯が抜けた、歯がぐらついているなど)		ない ・ ある	
けいれん発作がおきた		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)・筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか?(カッコ内に記載ください) ⇒痛みの程度はどのくらいですか?(小さなお子さんの場合、機嫌が悪い、夜泣きがひどい、など気になる症状があれば記載ください)	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?(小さなお子さんの場合、痛がる様子の部位があれば記載ください)	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 ()	

2.上記以外に症状で気になることがあればお書きください。(例：ミルクの飲みが悪い、ボタンを一人でかけられない、歯を磨くことができない、ペットボトルのフタを開けられないなど)

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。
 日常動作は小さなお子様の場合難しいものもあるため、その場合は“非該当”を選択ください。

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)
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 非該当	
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 非該当	
ジャンプ	友達と遊んだり、体育の授業やスポーツができる	1・2・3・4・5 非該当	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5 非該当	
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 非該当	
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くらいありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(入学、引っ越し、習い事など)	ない・ある	
生活環境	幼稚園・保育園・学校へ休まずに通うことができる	1・2・3・4・5 非該当	













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(歯が抜けた、歯がぐらついているなど)		ない ・ ある	
けいれん発作がおきた		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)・筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか?(カッコ内に記載ください) ⇒痛みの程度はどのくらいですか?(小さなお子さんの場合、機嫌が悪い、夜泣きがひどい、など気になる症状があれば記載ください)	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?(小さなお子さんの場合、痛がる様子の部位があれば記載ください)	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 ()	

2.上記以外に症状で気になることがあればお書きください。(例：ミルクの飲みが悪い、ボタンを一人でかけられない、歯を磨くことができない、ペットボトルのフタを開けられないなど)

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。
 日常動作は小さなお子様の場合難しいものもあるため、その場合は“非該当”を選択ください。

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)
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 非該当	
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 非該当	
ジャンプ	友達と遊んだり、体育の授業やスポーツができる	1・2・3・4・5 非該当	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5 非該当	
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 非該当	
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くらいありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(入学、引っ越し、習い事など)	ない ・ ある	
生活環境	幼稚園・保育園・学校へ休まずに通うことができる	1・2・3・4・5 非該当	













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(歯が抜けた、歯がぐらついているなど)		ない ・ ある	
けいれん発作がおきた		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)・筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか?(カッコ内に記載ください) ⇒痛みの程度はどのくらいですか?(小さなお子さんの場合、機嫌が悪い、夜泣きがひどい、など気になる症状があれば記載ください)	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?(小さなお子さんの場合、痛がる様子の部位があれば記載ください)	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 ()	

2.上記以外に症状で気になることがあればお書きください。(例：ミルクの飲みが悪い、ボタンを一人でかけられない、歯を磨くことができない、ペットボトルのフタを開けられないなど)

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。
 日常動作は小さなお子様の場合難しいものもあるため、その場合は“非該当”を選択ください。

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)
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 非該当	
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 非該当	
ジャンプ	友達と遊んだり、体育の授業やスポーツができる	1・2・3・4・5 非該当	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5 非該当	
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 非該当	
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くらいありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(入学、引っ越し、習い事など)	ない ・ ある	
生活環境	幼稚園・保育園・学校へ休まずに通うことができる	1・2・3・4・5 非該当	













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(歯が抜けた、歯がぐらついているなど)		ない ・ ある	
けいれん発作がおきた		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)・筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか?(カッコ内に記載ください) ⇒痛みの程度はどのくらいですか?(小さなお子さんの場合、機嫌が悪い、夜泣きがひどい、など気になる症状があれば記載ください)	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?(小さなお子さんの場合、痛がる様子の部位があれば記載ください)	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 ()	

2.上記以外に症状で気になることがあればお書きください。(例：ミルクの飲みが悪い、ボタンを一人でかけられない、歯を磨くことができない、ペットボトルのフタを開けられないなど)

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。
 日常動作は小さなお子様の場合難しいものもあるため、その場合は“非該当”を選択ください。

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)
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 非該当	
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 非該当	
ジャンプ	友達と遊んだり、体育の授業やスポーツができる	1・2・3・4・5 非該当	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5 非該当	
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 非該当	
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くらいありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(入学、引っ越し、習い事など)	ない ・ ある	
生活環境	幼稚園・保育園・学校へ休まずに通うことができる	1・2・3・4・5 非該当	













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(歯が抜けた、歯がぐらついているなど)		ない ・ ある	
けいれん発作がおきた		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)・筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか?(カッコ内に記載ください) ⇒痛みの程度はどのくらいですか?(小さなお子さんの場合、機嫌が悪い、夜泣きがひどい、など気になる症状があれば記載ください)	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?(小さなお子さんの場合、痛がる様子の部位があれば記載ください)	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 ()	

2.上記以外に症状で気になることがあればお書きください。(例：ミルクの飲みが悪い、ボタンを一人でかけられない、歯を磨くことができない、ペットボトルのフタを開けられないなど)

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。
 日常動作は小さなお子様の場合難しいものもあるため、その場合は“非該当”を選択ください。

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)
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 非該当	
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 非該当	
ジャンプ	友達と遊んだり、体育の授業やスポーツができる	1・2・3・4・5 非該当	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5 非該当	
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 非該当	
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くらいありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(入学、引っ越し、習い事など)	ない ・ ある	
生活環境	幼稚園・保育園・学校へ休まずに通うことができる	1・2・3・4・5 非該当	













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(歯が抜けた、歯がぐらついているなど)		ない ・ ある	
けいれん発作がおきた		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)・筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか?(カッコ内に記載ください) ⇒痛みの程度はどのくらいですか?(小さなお子さんの場合、機嫌が悪い、夜泣きがひどい、など気になる症状があれば記載ください)	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?(小さなお子さんの場合、痛がる様子の部位があれば記載ください)	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 ()	

2.上記以外に症状で気になることがあればお書きください。(例：ミルクの飲みが悪い、ボタンを一人でかけられない、歯を磨くことができない、ペットボトルのフタを開けられないなど)

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。
 日常動作は小さなお子様の場合難しいものもあるため、その場合は“非該当”を選択ください。

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)
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 非該当	
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 非該当	
ジャンプ	友達と遊んだり、体育の授業やスポーツができる	1・2・3・4・5 非該当	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5 非該当	
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 非該当	
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くらいありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(入学、引っ越し、習い事など)	ない ・ ある	
生活環境	幼稚園・保育園・学校へ休まずに通うことができる	1・2・3・4・5 非該当	













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(歯が抜けた、歯がぐらついているなど)		ない ・ ある	
けいれん発作がおきた		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)・筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか?(カッコ内に記載ください) ⇒痛みの程度はどのくらいですか?(小さなお子さんの場合、機嫌が悪い、夜泣きがひどい、など気になる症状があれば記載ください)	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?(小さなお子さんの場合、痛がる様子の部位があれば記載ください)	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 ()	

2.上記以外に症状で気になることがあればお書きください。(例：ミルクの飲みが悪い、ボタンを一人でかけられない、歯を磨くことができない、ペットボトルのフタを開けられないなど)

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。
 日常動作は小さなお子様の場合難しいものもあるため、その場合は“非該当”を選択ください。

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)
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 非該当	
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 非該当	
ジャンプ	友達と遊んだり、体育の授業やスポーツができる	1・2・3・4・5 非該当	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5 非該当	
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 非該当	
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くらいありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(入学、引っ越し、習い事など)	ない ・ ある	
生活環境	幼稚園・保育園・学校へ休まずに通うことができる	1・2・3・4・5 非該当	













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(歯が抜けた、歯がぐらついているなど)		ない ・ ある	
けいれん発作がおきた		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)・筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか?(カッコ内に記載ください) ⇒痛みの程度はどのくらいですか?(小さなお子さんの場合、機嫌が悪い、夜泣きがひどい、など気になる症状があれば記載ください)	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?(小さなお子さんの場合、痛がる様子の部位があれば記載ください)	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 ()	

2.上記以外に症状で気になることがあればお書きください。(例：ミルクの飲みが悪い、ボタンを一人でかけられない、歯を磨くことができない、ペットボトルのフタを開けられないなど)

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。
 日常動作は小さなお子様の場合難しいものもあるため、その場合は“非該当”を選択ください。

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)
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 非該当	
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 非該当	
ジャンプ	友達と遊んだり、体育の授業やスポーツができる	1・2・3・4・5 非該当	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5 非該当	
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 非該当	
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くらいありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(入学、引っ越し、習い事など)	ない ・ ある	
生活環境	幼稚園・保育園・学校へ休まずに通うことができる	1・2・3・4・5 非該当	













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(歯が抜けた、歯がぐらついているなど)		ない ・ ある	
けいれん発作がおきた		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)・筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか?(カッコ内に記載ください) ⇒痛みの程度はどのくらいですか?(小さなお子さんの場合、機嫌が悪い、夜泣きがひどい、など気になる症状があれば記載ください)	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?(小さなお子さんの場合、痛がる様子の部位があれば記載ください)	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 ()	

2.上記以外に症状で気になることがあればお書きください。(例：ミルクの飲みが悪い、ボタンを一人でかけられない、歯を磨くことができない、ペットボトルのフタを開けられないなど)

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。
 日常動作は小さなお子様の場合難しいものもあるため、その場合は“非該当”を選択ください。

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)
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 非該当	
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 非該当	
ジャンプ	友達と遊んだり、体育の授業やスポーツができる	1・2・3・4・5 非該当	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5 非該当	
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 非該当	
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くらいありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(入学、引っ越し、習い事など)	ない ・ ある	
生活環境	幼稚園・保育園・学校へ休まずに通うことができる	1・2・3・4・5 非該当	













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(歯が抜けた、歯がぐらついているなど)		ない ・ ある	
けいれん発作がおきた		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)・筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか?(カッコ内に記載ください) ⇒痛みの程度はどのくらいですか?(小さなお子さんの場合、機嫌が悪い、夜泣きがひどい、など気になる症状があれば記載ください)	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?(小さなお子さんの場合、痛がる様子の部位があれば記載ください)	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 ()	

2.上記以外に症状で気になることがあればお書きください。(例：ミルクの飲みが悪い、ボタンを一人でかけられない、歯を磨くことができない、ペットボトルのフタを開けられないなど)

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。
 日常動作は小さなお子様の場合難しいものもあるため、その場合は“非該当”を選択ください。

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)
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 非該当	
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 非該当	
ジャンプ	友達と遊んだり、体育の授業やスポーツができる	1・2・3・4・5 非該当	
階段の上り下り	階段の上り下りができる	1・2・3・4・5 非該当	
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 非該当	
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くらいありましたか？	1・2・3・4・5	
生活環境	日常生活に変化がありましたか？(入学、引っ越し、習い事など)	ない ・ ある	
生活環境	幼稚園・保育園・学校へ休まずに通うことができる	1・2・3・4・5 非該当	

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(歯が抜けた、歯がぐらついているなど)		ない ・ ある	
けいれん発作がおきた		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)・筋肉痛はありますか?痛みはどの部分ですか?(カッコ内に記載ください) ⇒痛みの程度はどのくらいですか?(小さなお子さんの場合、機嫌が悪い、夜泣きがひどい、など気になる症状があれば記載ください)	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?(小さなお子さんの場合、痛がる様子の部位があれば記載ください)	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 ()	

2.上記以外に症状で気になることがあればお書きください。(例：ミルクの飲みが悪い、ボタンを一人でかけられない、歯を磨くことができない、ペットボトルのフタを開けられないなど)

医療機関名



アレクシオンファーマ合同会社