

# ファブリー病チェックリスト

(受診日) 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ふりがな  
氏名\_\_\_\_\_ (男・女) 昭・平 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日生 \_\_\_\_\_才

◇ファブリー病と診断され、酵素補充療法を開始したのはいつですか。

・診断: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月 ・治療開始: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月 ・未診断 ・未治療

◇手足に強く、焼けるような急激な痛みが生じることがありますか? …… ( ある ・ 以前あった ・ ない )

「ある・あった」の方…いつごろからですか? ( )才頃

◇消化器の症状について (当てはまるものに○をつけてください)

下痢しやすい 腹痛がある 吐き気がする 嘔吐する その他( )

◇汗をかきにくい・汗をかかない、ということがありますか? …… ( ある ・ 以前あった ・ ない )

「ある・あった」の方…いつごろからですか? ( )才頃

◇うつ症状など、精神症状はありますか? …… ( ある ・ 以前あった ・ ない )

「ある・あった」の方…いつごろからですか? ( )才頃

◇耳の症状はありますか? 「ある・あった」の方…いつごろからですか?

難聴 ( ある ・ 以前あった ・ ない ) ( )才頃

耳鳴り ( ある ・ 以前あった ・ ない ) ( )才頃

めまい ( ある ・ 以前あった ・ ない ) ( )才頃

◇持病はありますか?

高血圧 糖尿病 ぜんそく 緑内障 その他( ) ない

◇現在の体調をお書きください。

( )

◇今までに、大きな病気・入院・手術の経験はありますか? ( ある ・ ない )

時期:( )

病名:( )

◇アレルギーはありますか? ( ある ・ ない )

・薬/消毒薬( )

・食べ物( ) ・その他(例:花粉症)

◇現在内服中の内服薬・サプリメントはありますか。( ある ・ ない ) ※開始時期とともにご記入ください。

[ ]

◇女性の方は、妊娠の可能性はありますか? ( ある ・ ない )

◇ファブリー病について、心配事や相談したいことをご自由にご記入ください。 ※裏面もご利用ください。

[ ]

ご協力ありがとうございました。診察時に担当医へお渡しください。