（受診日）　平成　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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　（当てはまるものに〇をつけてください）

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

◇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、妊娠の可能性がありますか？　　（　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。