

肝臓病によるかゆみチェックシート

平成 年 月 日

ID: _____ 名前: _____ 性別: 男・女

生年月日: (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日 年齢: _____ 歳

1. 現在かゆみを感じることがありますか？

はい いいえ → 「いいえ」の方は以上です。ありがとうございました。

↓

「はい」の方は以下の質問にお答えください。

2. かゆみの程度はどのくらいですか？該当するもの1つ選んでください。

【日中の症状】

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> いてもたってもいられないかゆみ | <input type="checkbox"/> かなりかゆくて、人前でもかく |
| <input type="checkbox"/> ときに手が行き、軽くかく | <input type="checkbox"/> ときにむずむずするが、かくほどではない |
| <input type="checkbox"/> ほとんどかゆみを感じない | |

【夜間の症状】

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> かゆくてほとんど眠れない | <input type="checkbox"/> かゆくて目が覚める | |
| <input type="checkbox"/> かけば眠れる | <input type="checkbox"/> かかなくても眠れる | <input type="checkbox"/> ほとんどかゆみを感じない |

3. 0を「かゆみがない」状態、100を「想像できる最大のかゆみ」とすれば、最もかゆかったときはどれくらいですか？

【日中のかゆみ】



【夜間のかゆみ】



4. 1日のうち何回くらいかゆみを感じますか？

_____回/日くらい

5. 1回のかゆみはどのくらい続きますか？

_____時間_____分

(裏面に続きます)

6. どんなときにかゆくなりますか？該当するもの全て選んでください。

空気が乾燥しているとき（冬場、暖房がきいた部屋など）

毛布や化繊の衣服に触れたとき

汗をかいたとき

お風呂に入ったとき、または出たとき

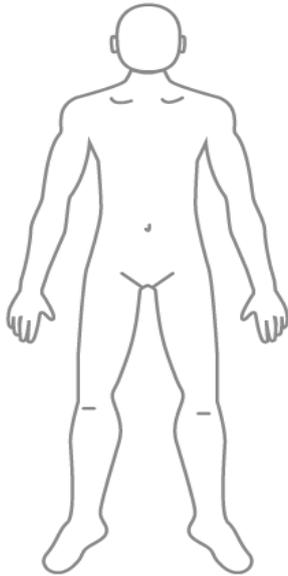
リラックスしたとき

ストレスを感じたとき

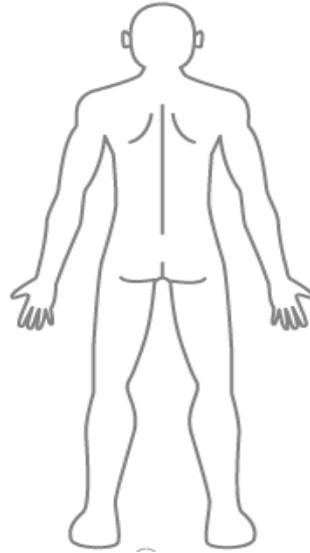
その他： _____

7. かゆみを感じている部位はどこですか？感じている部位を○で囲んでください。

〔前〕



〔後〕



湿疹など皮膚症状があれば記入してください。

[_____]

8. 現在かゆみのお薬（塗り薬も含む）を使用していますか？

はい いいえ

↓

「はい」の方にお聞きします。

【薬の種類】 飲み薬 塗り薬 その他： _____

【薬の名前】 _____

【その薬でかゆみはよくなりますか？】

よくなる

少しよくなる

よくならない

以上です。ありがとうございました。