肝臓病に伴う患者さんのこむら返りのチェックシート

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．過去１か月間のこむら返りの頻度を教えてください。該当するものに記入してください。

・毎日の場合　（　　回/日）

・毎週の場合　（　　回/週）

・毎月の場合　（　　回/月）

２．現在のこむら返りの１回あたりの持続時間を教えてください。（記載例：約１分）

（　　）

３．あなたのこむら返りはいつ起きますか？　該当するものを選んでください。

☐ 日中　　☐ 睡眠中　　☐ 日中および睡眠中

４．0 を「痛みがない」状態、100 を「想像できる最大耐え難い痛み」とすれば、あなたのこむら返りはどのくらい痛いですか？

【痛みなし】　　【ものすごく痛い】

以上です。ありがとうございました。