

この相談シートは、ご家族のTTR-FAPの診断を目的としたものではありません。
気になる症状がある場合は、ご本人が医師を受診し、ご相談ください。



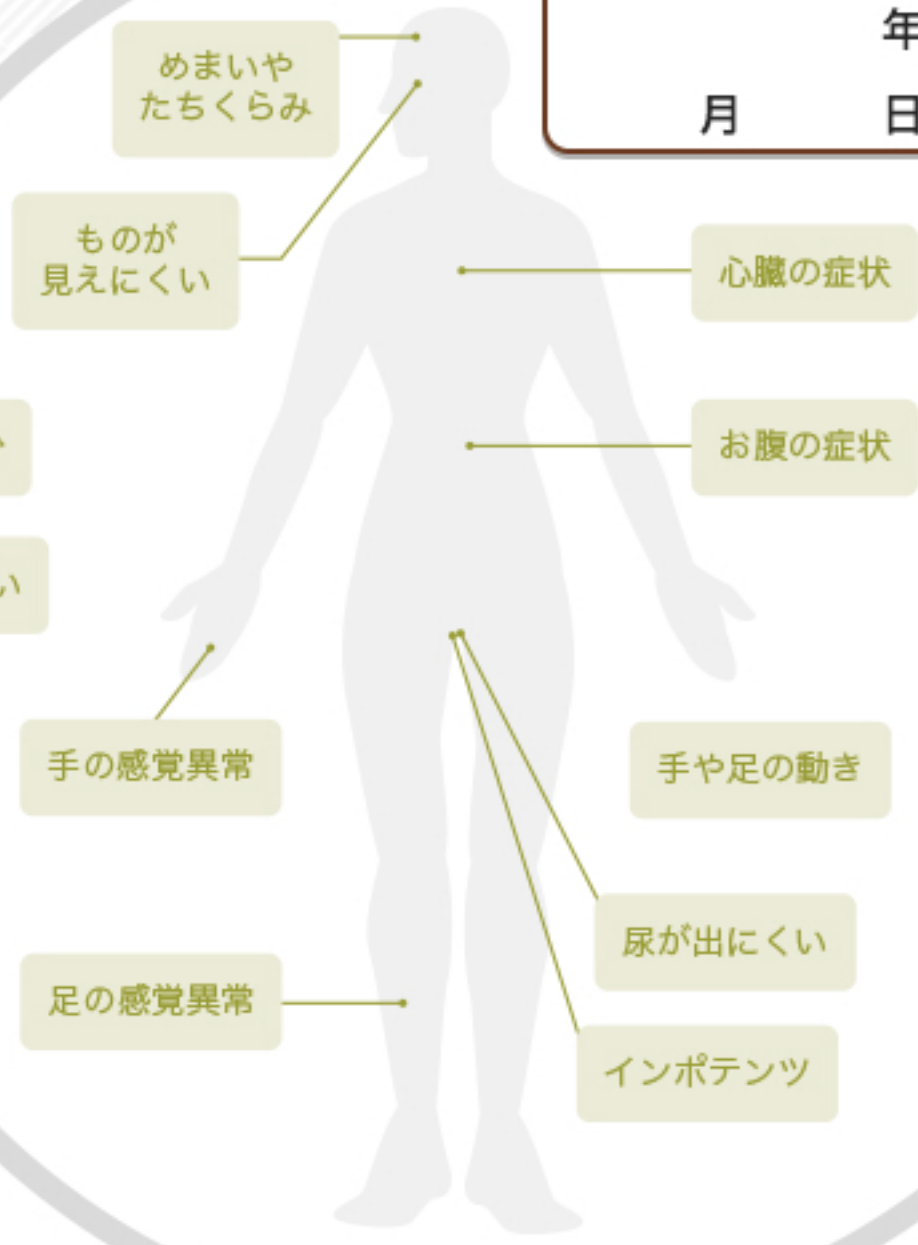
監修：信州大学医学部 脳神経内科、リウマチ・膠原病内科
准教授 関島 良樹 先生

家族の体調記録シート

ご家族の体調を記録して保存や印刷ができます。
かかりつけの医師への受診時に持参して、
症状の相談にお役立ていただけます。

父	母	兄	姉	弟	妹	息子	娘
身長	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	kg		
性別	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	年齢	<input type="text"/>	歳		

急な体重減少
汗をかきにくい



とても困る 困る 少し気になる 気にならない

Q. 心臓の症状 (胸のドキドキ、不整脈、動悸など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. お腹の症状 (下痢と便秘の繰り返し、吐き気、腹痛など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. 足の感覚異常 (冷たい・熱いがわからない、しびれや痛み、だるさなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. 手や足の動き (ものを掴みにくい、つまずく)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. 急な体重減少	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. めまいやたちくらみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. ものが見えにくい (飛蚊症など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. 手の感覚異常 (冷たい・熱いがわからない、しびれや痛みなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. 尿が出にくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. インポテンツ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. 汗をかきにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>