

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。



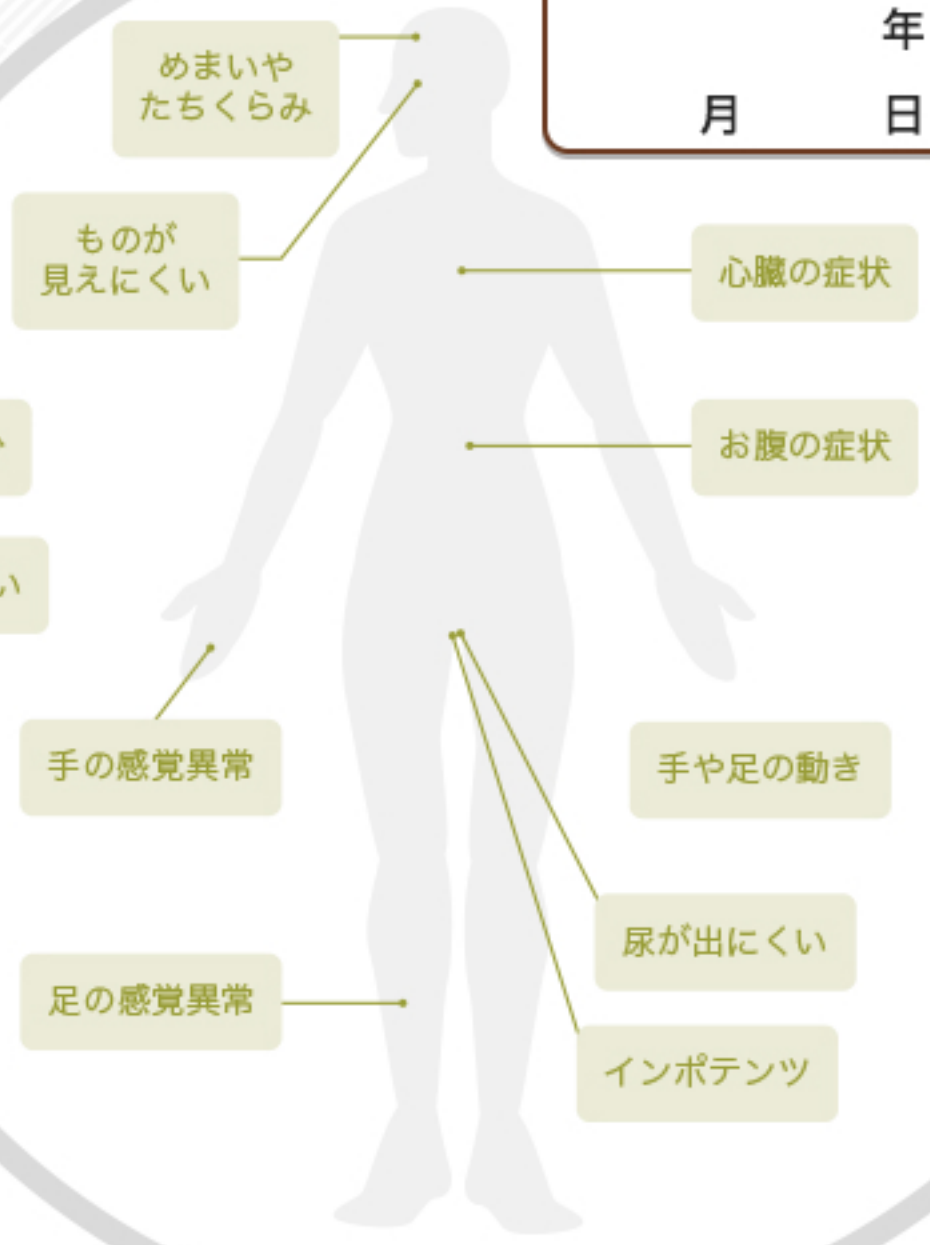
監修：信州大学医学部 脳神経内科、リウマチ・膠原病内科
准教授 関島 良樹 先生

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"/> |