

お名前 _____

現在の治療の目標

記入した日		10月 1日 (土)	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
診察日 (外来通院)		✓				
① ご自身が感じた 症状 <small>表の下のリストを 参考にご記入ください</small>	手足・皮膚症状	手と足の痒み				
	気分・頭痛・疲労感	なし				
	視覚・口腔内	なし				
	腹部・身体全体	背中での痒み				
② 日常生活への 影響	家族	なし				
	社会生活	なし				
	仕事	なし				
	余暇活動	散歩時に汗をかく				
	性生活	なし				
③ 現在の治療に 対するお気持ち	満足	満足	満足	満足	満足	満足
	どちらでもない	どちらでもない	どちらでもない	どちらでもない	どちらでもない	どちらでもない
	不満	不満	不満	不満	不満	不満
備考						

真性多血症の症状の例



- ・皮膚のかゆみ (温浴・シャワー後を含む)
- ・手・足の発赤、焼けつくような痛み
- ・手足のしびれ



- ・疲労
- ・脱力感
- ・寝汗
- ・不眠
- ・集中力の低下
- ・やる気の低下
- ・抑うつ・悲しい気分
- ・めまい・ふらつき
- ・息切れ
- ・呼吸困難
- ・頭痛
- ・顔面のほてり



- ・視覚異常 (目のかすみ・二重)
- ・目の結膜や口内粘膜の充血
- ・鼻血



- ・筋力低下
- ・体の痛み
- ・骨の痛み
- ・筋肉痛
- ・腹部不快感・おなかの張り
- ・すぐ満腹になる (早期満腹感)
- ・体重減少
- ・発熱
- ・痛風