

# 記入見本



毎日、体の状態を観察して、それぞれの評価スケールを参考に、当てはまると思う番号を記入してください。

この評価スケールを参考にしてください。  
数字が大きいほど、症状が強いことを意味します。

チェックした日付を記入してください。  
毎回、同じ時間帯に記入しましょう。

		評価スケール	日付						
			3/4	3/5	/	/	/		
● 手指先、足先の感覚に関して	手指先の状態「上半身」	A 両手を用いて、ボタンのかけはずしが上手くできる	できる 0 1 2 3 できない	7	7				
		B 薬(PTP)を取り出すことができる	できる 0 1 2 3 できない	0	0				
		C 箸を使って食事ができる	できる 0 1 2 3 できない	7	0				
		D キーボード、携帯電話を打つ(ボタンを押す)ことができる	できる 0 1 2 3 できない	7	2				
		E お風呂に入るとき、手先に本来の温度を感じることができる	できる 0 1 2 3 できない	0	0				
		F 手先にビリビリと電気が走るような感覚がある	0 1 2 3 4 5 (笑顔から苦悶顔)	7	0				
足(脚)の状態「下半身」		G 足のみでスリッパを履くことができる	できる 0 1 2 3 できない	0	7				
		H お風呂に入るとき、足先に本来の温度を感じることができる	できる 0 1 2 3 できない	0	7				
		I 足裏に違和感を感じる(1枚皮をかぶったような感じがする。しびれたような感覚がある)	感じない 0 1 2 3 感じる	0	0				
		J 足にむずむずする感じがある	感じない 0 1 2 3 感じる	0	7				
		K 稲妻が走るような痛みがある	0 1 2 3 4 5 (笑顔から苦悶顔)	7	7				
		L 脚の外側にビリビリと電気が走るような感覚がある	0 1 2 3 4 5 (笑顔から苦悶顔)	7	7				

当てはまると思う番号を記入してください。

「しびれ」や「痛み」など異常を感じたら我慢せずに病院に連絡してください。

## ● 下腹部の状態に関して

下腹部の状態	M 以前と比較して、尿の回数、量が多くなった、もしくは少なくなったように感じる(回数、量に変化がある)	感じない 0 1 2 3 感じる	7	2				
	N 以前と比較して、便の回数、量などが多くなった、もしくは少なくなったように感じる(下痢、便秘など変化がある)	感じない 0 1 2 3 感じる	0	0				

## ● 全身状態に関して

全身状態	O (ベッドなどから)立ち上がった時に、目の前が暗くなったり、気が遠くなったように感じる	感じない 0 1 2 3 感じる	0	7				
------	--	------------------------	---	---	--	--	--	--