






名前： _____ 記入日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日






該当する顔マークの下の数字に _____ をつけてください。

普段の気になる様子について教えてください






1. 関節痛（手首、肩、膝、腰などの痛み）はありますか？

				
0	1	2	3	4
まったくない				強くある






2. かゆみはありますか？

				
0	1	2	3	4
まったくない	いくらか	かなり	相当	ひどい

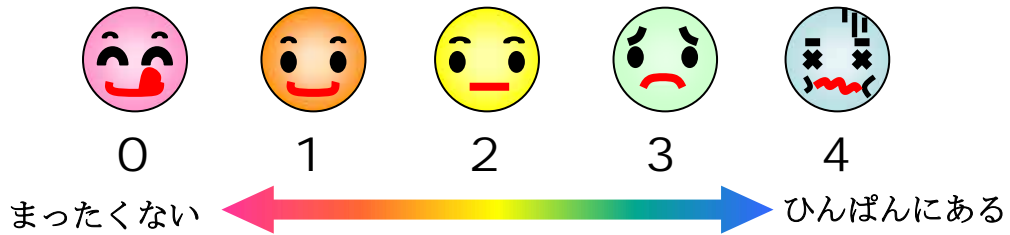
3. イライラを感じることはありますか？

				
0	1	2	3	4
まったくない				強く感じる

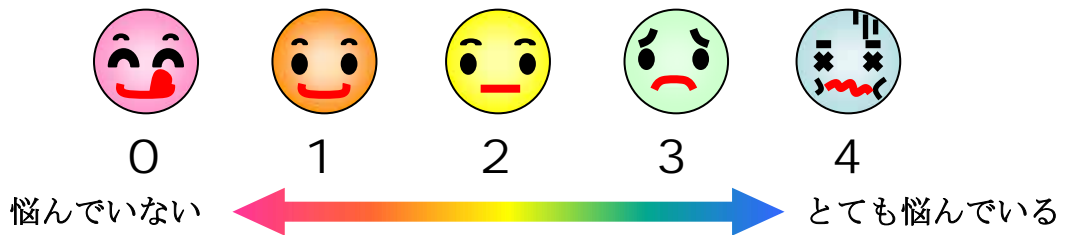
4. だるさを感じますか？

				
0	1	2	3	4
まったくない				強く感じる

5. 動悸や息切れがありますか？



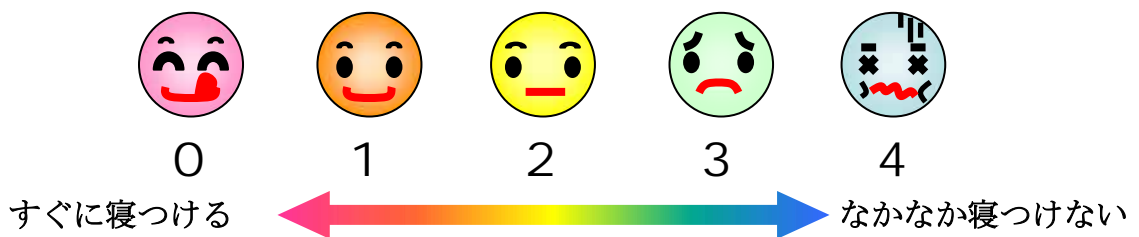
6. 便秘でお悩みですか？



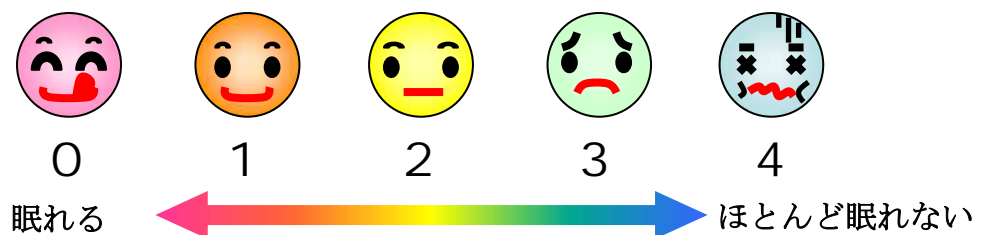
● 下剤を飲んでいきますか？（✓をつけてください）

- 飲まない ときどき飲む 毎日飲む

7. ふとんに入ってすぐに寝つけますか？



8. 朝までぐっすり眠れますか？

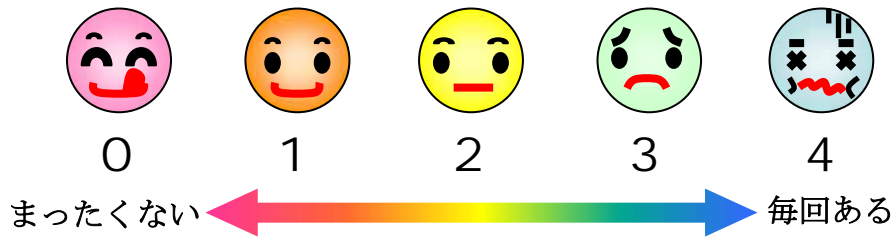


● 睡眠薬を飲んでいきますか？（✓をつけてください）

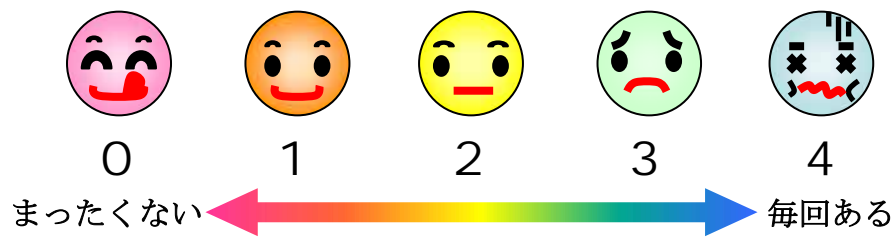
- 飲まない ときどき飲む 毎日飲む

透析について教えてください

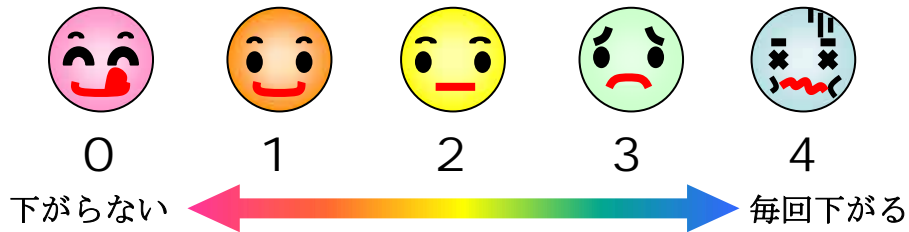
9. 透析中にだるさを感じることはありますか？



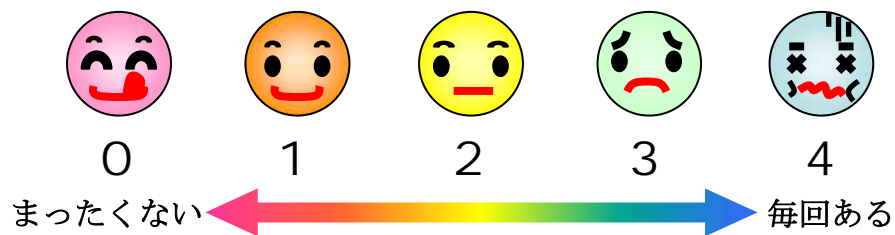
10. 透析中、透析前後で頭痛はありますか？



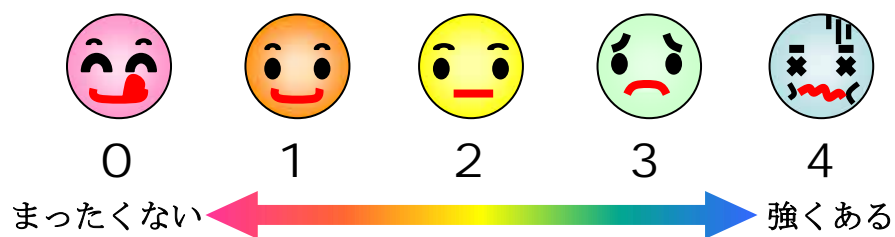
11. 透析中に血圧が下がりますか？



12. 透析中に足のつり（こむらがえり）はありますか？

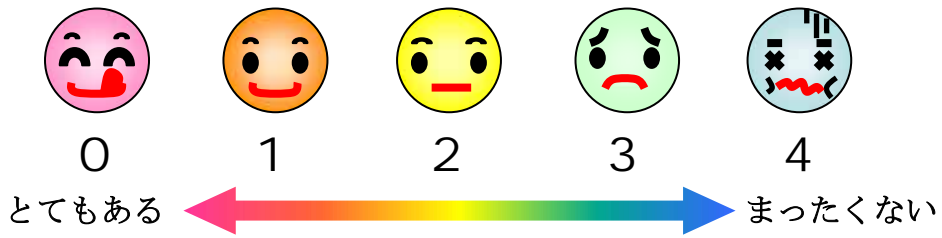


13. 穿刺痛はありますか？

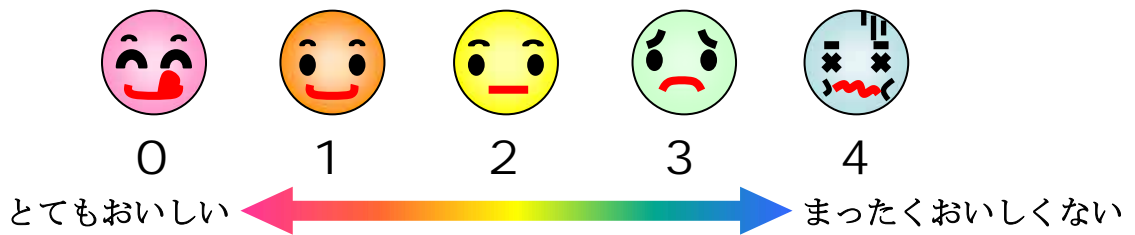


食生活について教えてください

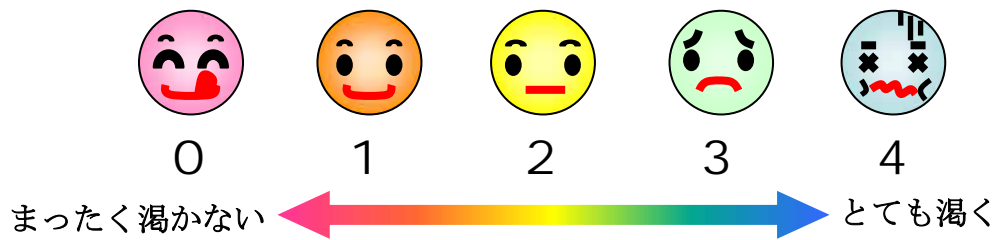
14. 食欲はありますか？



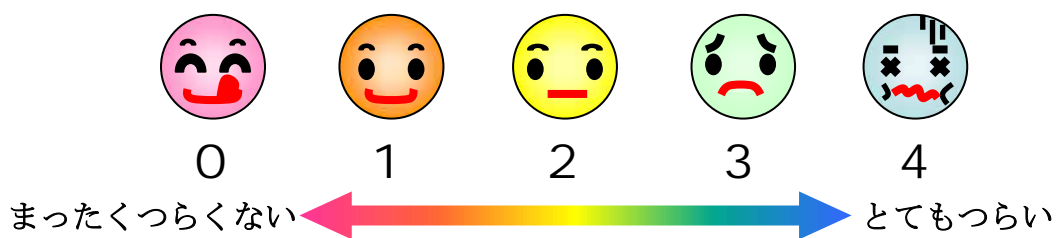
15. 食事はおいしいですか？



16. のどは渇きますか？



17. 食事制限はつらいですか？



日々の気分を教えてください

18. 最近、ゆううつな気分または沈んだ気持ちになりますか？

(✓をつけてください)

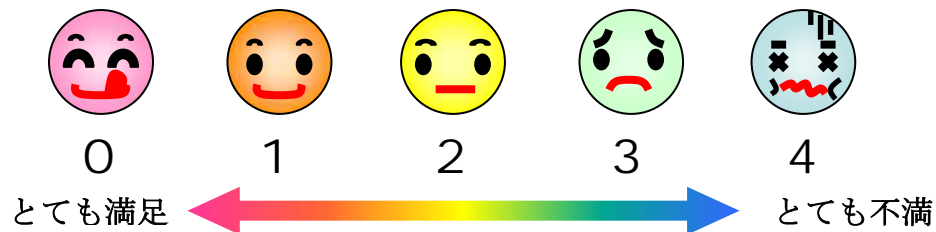
ならない なる

19. 最近、何事も興味がわかない、いつも楽しめていたことが楽しめない
ことがありますか？ (✓をつけてください)

ない ある

さいごに

20. 今の自分の生活に満足していますか？



その他、気になることや質問がございましたら、お書きください。

評価シートへのご記入、お疲れ様でした。

何か心配なことがありましたら、いつでもスタッフにご相談ください。