

慢性肝疾患（慢性肝炎・肝硬変）症状チェックシート

ID _____ 氏名 _____ 記入者 _____
記入日 年 月 日

- 血圧 / mmHg
- 発熱 なし・あり
- 倦怠感 なし・あり

• 消化器症状

- 食欲不振 なし・あり
- 嘔気・嘔吐 なし・あり
- 便秘 なし・あり
- 薬の使用 あり（ ）・なし

• 皮膚掻痒感

- 日中 なし・あり
ありの場合：ときどき・かなり・いてもたってもいられない
- 夜間 なし・あり
ありの場合：かけば寝れる・かゆくて目が覚める・かゆくて眠れない
- 薬の使用 あり（外用薬・抗ヒスタミン薬内服・レミッチ）

• 肝性浮腫

- 腹満感 なし・あり
- 下肢むくみ なし・あり
- 薬の使用 あり（ラシックス・アルダクトン・サムスカ）・なし

- こむらがえり なし・あり

薬の使用 あり（リーバクト・アミノレバン・エルカルチン）・なし

- 不眠 なし・あり

山口大学医学部附属病院

