

起立性調節障害チェックリスト

【氏 名】 _____

【性 別】 _____

【生年月日】 _____

【年 齢】 _____

次の中で当てはまるものにチェックしてください。(□にレを入れてください)

記入日 年 月 日

- 立ちくらみや、めまいを起こしやすい
- 立っていると気持ちが悪くなり、ひどいと倒れる事がある
- 入浴時や、嫌な事を見たり聞いたりすると気持ちが悪くなる事がある
- 少し動くと動悸や、息切れしやすい
- 朝なかなか起きられず、午前中具合が悪い時がある
- 顔色が青白い、顔色が悪いと言われる事がある
- あまり食欲がない、食事の時間になっても食べたいと思わない事がある
- おなかが痛い時がある(毎日・ときどき)
- 疲れやすい
- 頭が痛い時がある(毎日・ときどき)
- 乗り物に酔いやすい