

# 肝臓病によるかゆみチェックシート



おなまえ

年齢

歳 性別  男性  女性

**Q1** あなたは現在「かゆみ」を感じることがありますか？

- はい  いいえ → 以上です。ありがとうございました。

**Q2** Q1で「はい」と回答された方 → かゆみの程度はどのくらいですか？

あてはまる状況にチェックを入れてください。

- いてもたっても  
いられない  かなりかゆく、  
人前でもかく  ときに手がゆき、  
軽くかく



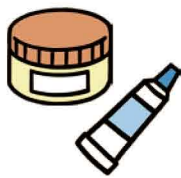
**Q3** 昼と夜どちらの方がかゆいですか？

あてはまる状況にチェックを入れてください。

- 昼  夜  昼と夜のどちらも

**Q4** あなたは現在「かゆみ」のお薬（塗り薬も含む）を使用していますか？

- はい [  のみ薬  塗り薬  そのほか ( ) ]  いいえ



**Q5** Q4で「はい」と回答された方 → 「かゆみ」はよくなりますか？

あてはまる状況にチェックを入れてください。

- よくなる  すこしよくなる  よくならない

この「肝臓病によるかゆみチェックシート」を使って、  
日頃感じているかゆみについて、医師にご相談ください。