

診察券番号. 氏名: _____ (_____ 歳)

あてはまる症状すべてに を付けてください(1~2 週間の間)

症状項目	記入年月日	初診時	年	年	年
		月 年	月 日	月 日	月 日
1 疲労、立ちくらみ					
2 動悸、呼吸速迫					
3 顔面蒼白(人から指摘される)					
4 舌痛・口内炎・氷食症 (氷をよく食べてしまう)					
5 出血傾向・アザしやすい					
6 胃不快と体重減少					
7 便秘や下痢					
8 頭痛					
9 朝、起きれない					
10 記憶力が?					
11 内臓系の痛み					
12 寝ても寝ても眠い					
最近 味が分からない事がある (味覚低下)					
握力 R/L		/	/	/	/
どれか一つ <input type="checkbox"/>	A.毎日朝食を摂る				
	B.ほぼ毎日摂る				
	C.時々摂る				
	D.ほとんど朝食摂らず				

上記の症状は、**ビタミン B12 欠乏症**の時にみられます。

(ビタミン B12 検査値: **350** 以下の時) (文献 Stabler SP, VitaminB12 deficiency. N Engl J Med 2013; 368: 140-60)

2021 年 3 月 24 日改訂よしのぶ クリニック [医療法人良整会(りょうせいかい)]