

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	日	月	日	月	日	月	日
1 疲労・立ちくらみ									
2 動悸・呼吸促迫									
3 顔面蒼白(人から指摘される)									
4 舌痛・口内炎・氷食症 (該当するものに○)									
5 出血傾向・アザできやすい									
6 胃不快と体重減少									
7 便秘や下痢									
8 頭痛									
9 朝、起床困難あり									
10 記憶力が?									
11 内臓系の痛みあり									
12 寝ても寝ても、眠い									
13 最近、味がしない(味覚低下)									
14 低用量ピル内服歴あれば○									
15 不眠(眠れない)									
ど れ か 一 つ に ○	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 (1~12) は、**ビタミンB₁₂欠乏症**の時に出現しやすいとされます。

ビタミンB₁₂欠乏症: 350pg/ml 未満、(文献 Stabler SP, VitaminB₁₂ deficiency. N Engl J Med 2013; 368: 140-60)

改訂: 2024年11月1日医療法人良整会(りょうせいかい) よしのぶクリニック