

むずむず脚症候群 問診票

ID _____ (記入不要) 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ 様 男性 女性 年齢 _____ 歳

下記に該当する場合は**むずむず脚症候群**の可能性あります。

- 足を動かしたいという強い欲求が存在し、また通常その欲求が不快な下肢の異常感覚（以下、不快感→質問5）に伴って生じる
- 静かに横になったり座ったりしている状態で見現、増悪する
- 歩いたり下肢を伸ばしたりすることによって改善する
- 日中より夕方・夜間に増強する

思い当たることのある方は、下の質問票にお答えください。当てはまる項目は☑または■し、() 内や□後の空欄には必要事項を記入してください。

1. 不快感の程度はどのくらいですか？（一つのみ☑）

- 我慢できないくらい辛い やや辛い我慢できる 余りつらくはない ほとんど気にならない程度

2. 不快感があるのはどこですか？（すべて☑、最も当てはまる項目は■）

- ふくらはぎ ふともも 足首・足 お尻 腰 おなか 肩・背中 腕 顔
その他 ()

3. 不快感があるのは体の中ですか、体の表面（皮膚）ですか？（一つのみ☑）

- 体の中 体の表面（皮膚） 両方 分からない

4. 不快感の頻度は？（一つのみ☑）

- 毎日 週3回以上 週1~2回 月数回 月1回 年数回

5. どんな不快感ですか？（すべて☑）

<input type="checkbox"/> うずく	<input type="checkbox"/> イライラ・ビクビクした状態	<input type="checkbox"/> 焼け付くような
<input type="checkbox"/> 熱い	<input type="checkbox"/> 不快でたまらない	<input type="checkbox"/> 脚を切っけてしまいたい
<input type="checkbox"/> 火照る	<input type="checkbox"/> 不安がふくらむような	<input type="checkbox"/> 引き裂くような
<input type="checkbox"/> 冷たい	<input type="checkbox"/> 叫びだしたいような	<input type="checkbox"/> ズキズキする
<input type="checkbox"/> 冷え	<input type="checkbox"/> 表現できないような辛さ	<input type="checkbox"/> 無理やり引っ張られるような
<input type="checkbox"/> 虫が這うような	<input type="checkbox"/> むずかゆい	<input type="checkbox"/> 歩き回らずにはいられない
<input type="checkbox"/> むずむずするような	<input type="checkbox"/> 水が流れるような	<input type="checkbox"/> 足踏みたい
<input type="checkbox"/> 引き寄せられるような	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 動かなくてはという気持ち
<input type="checkbox"/> 電気が流れるような	<input type="checkbox"/> 痛痒い	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> あせり	<input type="checkbox"/> 痒い	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 痛みが強くなる	<input type="checkbox"/> 引っ張られるような	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 熱感	<input type="checkbox"/> じっとしてられない	<input type="checkbox"/>

6. どんなときに不快感がありますか？（すべて☑）

- 寝ているとき 横になっているとき じっとしているとき 座るとき
立っているとき 歩いているとき 動いているとき その他 ()

↑
ご自身が感じている通りに
自由に記入してください

7. 最も症状が強くなる時間帯はいつですか？（すべて☑、最も当てはまる項目は■）

- 朝起きた時 午前中 午後 夕方 夜 寝る前（寝ようとしたとき） 寝ているとき
夜中に目が覚めたとき その他 ()

8. 症状が楽になるときはいつですか？（すべて☑）

- 動いているとき 歩いているとき お風呂に入ったとき マッサージしたとき 叩いたとき
勉強・仕事をしている時 何かに集中・夢中になっているとき その他 ()

9. 睡眠状態はどうですか？（すべて☑）

- よく寝られる 寝つきが悪い 途中で何度も目が覚める 眠りが浅い 朝まで寝られない
朝起きてても疲れがとれない 午前・日中の勉強や仕事に支障がでる 居眠り・昼寝をしてしまう

ご協力ありがとうございました
くにちか内科クリニック

問診担当 _____ (記入不要)