

起立性調節障害（OD）チェックシート

* 基本情報

学年	第 学年
生徒氏名（フリガナ）	（ ）
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日（年齢）	（西暦） 年 月 日（ 歳）

* 自覚症状の確認

次のような症状がどの程度起こりますか？	しばしば 起こる	たまに 起こる	起こら ない
立ち眩み、あるいはめまいを起こしやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
立っていると気持ち悪くなる、ひどいと倒れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴時あるいは嫌な事を見聞きすると気持ちが悪くなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
少し動くと動悸あるいは息切れがする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
朝なかなか起きられず、午前中は調子が悪い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
顔色が悪い（顔が青白い）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おへその周りの腹痛を訴える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
倦怠あるいは疲れやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭痛が起こる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乗り物に酔いやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 判定：「しばしば起こる」「たまに出る」が3つ以上の場合、起立性調節障害（OD）の可能性がります。