

脇汗（原発性腋窩多汗症）質問票

診察をスムーズに進めるため、分かる範囲でご記入ください。

記入日： 年 月 日	氏名：
生年月日： 年 月 日	年齢： 歳

1 脇汗の状態

☐ 右脇が気になる	☐ 左脇が気になる
☐ 左右ほぼ同じ	☐ 片方が特に多い

いつ頃からですか？

多い時期・場面

2 次の項目に当てはまりますか？

☐ 原因が思い当たらない脇汗が6か月以上続いている	☐ 週に1回以上、脇汗で困ることがある
☐ 左右ほぼ同じように汗が出る	☐ 眠っている間は汗が止まる
☐ 25歳以下のときに始まった	☐ 家族にも同じ症状の人がいる
☐ 着替え・仕事・学校・交流などに支障がある	☐ 急に汗が増えた、寝汗や体重減少などがある

3 生活への影響（もっとも近いものを1つ）

☐ ほとんど気にならず、生活への支障はない	
☐ 時々気になるが、生活への支障は少ない	
☐ 脇汗のために困ることが多い	
☐ 脇汗のために日常生活がとても難しい	
☐ 服の汗じみが気になる	☐ 1日に何度も着替える
☐ 人前に出るのを避ける	☐ 仕事・学校に集中しにくい

4 これまでの対策・治療

☐ 市販の制汗剤	☐ 医療機関の塗り薬
☐ 飲み薬	☐ 注射治療
☐ 機器による治療	☐ 治療したことはない

薬・治療の名前

効果・副作用

5 安全に治療するための確認

☐ 緑内障	☐ 尿が出にくい・前立腺肥大
☐ 重い心臓病	☐ 腸閉塞・腸の病気
☐ 重症筋無力症	☐ 妊娠中・授乳中・妊娠の可能性

現在使用中のお薬

治療中の病気・薬のアレルギー

この質問票だけで診断や処方が決まるわけではありません。診察や必要な検査を行い、症状と安全性を確認して治療方針を決めます。