

脇汗・手汗（多汗症）質問票

診察をスムーズに進めるための質問票です。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 汗が気になる場所と経過

☐ 脇（右）	☐ 脇（左）
☐ 手のひら（右）	☐ 手のひら（左）
☐ 足の裏	☐ 頭・顔
☐ 全身	☐ その他（ ）

いつ頃からですか？

症状が強い時期・場面

2 症状について

☐ 症状は6か月以上続いている	☐ 左右ほぼ同様に汗が出る
☐ 週に1回以上、汗で困ることがある	☐ 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
☐ 仕事・学校・日常生活に支障がある	☐ 急に汗が増えた
☐ 寝汗が続いている	☐ 動悸・発熱・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
☐ 汗のために、着替え・仕事・勉強・人との交流などで困ることが多い
☐ 汗のために、日常生活がとても難しいと感じる

特に困っていること：

脇汗・手汗（多汗症）質問票

4 これまでの治療

☐ 市販の制汗剤	☐ 医療機関の塗り薬
☐ 飲み薬	☐ イオントフォレーシス
☐ 注射治療	☐ 手術
☐ 治療したことはない	☐ その他（ ）

薬・治療の名前

効果・副作用

5 安全に治療するための確認

現在または過去に、次の病気や症状を指摘されたことがありますか？

☐ 緑内障	☐ 尿が出にくい・前立腺肥大
☐ 重い心臓病	☐ 腸閉塞・腸の動きが悪い病気
☐ 重症筋無力症	☐ 妊娠中・授乳中・妊娠の可能性
☐ 皮膚の傷・湿疹（塗る場所）	☐ アレルギーのある薬

現在使用中のお薬

治療中の病気

薬のアレルギー

6 治療について希望すること

☐ 塗り薬について相談したい	☐ 治療方法を詳しく聞きたい
☐ まず原因を調べたい	☐ 専門医への紹介も相談したい

医師に伝えておきたいこと：

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。

※この用紙には診療に必要な情報のみをご記入ください。ご記入後は受付へお渡しください。