

起立性調節障害 (OD) チェックシート

チェック年月日：(西暦) 年 月 日

記入者： (子どもとの関係：)

「立ちくらみやめまいがする」「朝なかなか起きられず、午前中は調子が悪い」「遅刻や欠席が増えた」などの症状が見られたら、次のチェックシートを実施してみましょう。

◆ 基本情報

学 年 ・ 組	第 学年 組
児童生徒氏名(ふりがな)	()
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日 (年齢)	(西暦) 年 月 日 (歳)

◆ 季節変動の確認 (出欠席の状況)

年 度	月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
本年度	欠席													
	遅刻													
昨年度	欠席													
	遅刻													
一昨年度	欠席													
	遅刻													

◆ 毎月の状況が把握できる資料があれば、代用することができます。

◆ 自覚症状の確認

次の状況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
立ちくらみ、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、ひどくなると倒れる	<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"/>
おへその辺りの腹痛を訴える	<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	<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」、「たまに起こる」が3つ以上の場合、起立性調節障害 (OD) の可能性があります。

★ 生活リズムの確認

【記入例】



★ 平日、休日で起床時間に3時間以上の差がある場合、慢性の睡眠不足があります。

★ 生活習慣の確認

★ 食事の様子

- 三食摂っている 朝食が食べられないことがある 薄味が好き
 間食が多い 一日の水分摂取量 約 () ml

★ スマートフォン、ゲーム、インターネット利用の様子

平日1日当たりの利用時間 約 () 時間

★ 運動の様子

平日1日当たりの運動時間 約 () 分 所属部活動名 ()

★ 発育状況の確認

★ 二次性徴

- 有り 【 陰毛 変声 夢精 乳房腫大 初経 (歳)】
 無し はっきりしない

★ 身長体重の変化

年度	計測 (西暦)年・月	年齢(歳)	身長(cm)	体重(kg)
本年度				
昨年度				
一昨年度				

★ 成長曲線のデータがある場合には、添付しましょう。

★ その他、心配なこと