

## 起立性調節障害(O.D.)の診断基準表

大 症 状	A. 立ちくらみ、あるいはめまいを起こしやすい。
	B. 立っていると気持ちが悪くなる。ひどくなると倒れる。
	C. 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。
	D. 少し動くと動悸あるいは息切れがする。
	E. 朝起きが悪く午前中調子が悪い。
小 症 状	a. 顔色が青白い。
	b. 食欲不振。
	c. 臍痛(強い腹痛)をときどき訴える。
	d. 倦怠あるいは疲れやすい。
	e. 頭痛をしばしば訴える。
	f. 乗物に酔いやすい。
	g. 起立試験で脈圧狭小 16mmHg以上
	h. 起立試験で収縮期低下 21mmHg以上
	i. 起立試験で脈拍数増加 21/分以上
	j. 起立試験で立位心電図のT <sub>II</sub> の0.2mV以上の減高、その他の変化

◆ g～jに関しては、悪心・嘔吐により起立試験に耐えられない時は、起立試験陽性とする。

### O.D.の判定

- ① 大症状1つと小症状3つ以上
- ② 大症状2つと小症状1つ以上
- ③ 大症状3つ以上

上記のいずれかの条件を満たし、しかも器質的疾患を除外した場合をO.D.とする。

あなたの健康状態を教えてください。

「はい」とお答えの場合は、具体的な回数を□にチェックして下さい。

● 立ちくらみやめまいを起こしたことがありますか (急に立ち上がった時に、目の前が暗くなったことがありますか)	<input type="checkbox"/> はい ————— <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> いいえ ————— <input type="checkbox"/> 週1～2回 <input type="checkbox"/> いいえ ————— <input type="checkbox"/> 月1～2回
● 立っていると気持ち悪くなり、しゃがみ込んだりしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい ————— <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> いいえ ————— <input type="checkbox"/> 週1～2回 <input type="checkbox"/> いいえ ————— <input type="checkbox"/> 月1～2回
● お風呂で気持ち悪くなったことはありますか (カラスの行水、ぬるま湯にしか入れなかったということはありませんか)	<input type="checkbox"/> はい ————— <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> いいえ ————— <input type="checkbox"/> 週1～2回 <input type="checkbox"/> いいえ ————— <input type="checkbox"/> 月1～2回
● 少し動いただけで心臓がドキドキしたことがありますか (階段を昇っただけでドキドキしたことはありませんか)	<input type="checkbox"/> はい ————— <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> いいえ ————— <input type="checkbox"/> 週1～2回 <input type="checkbox"/> いいえ ————— <input type="checkbox"/> 月1～2回
● 朝なかなか起きられず、午前中調子が悪いことが多いですか (頭がボーとして、ふとんから起き上がれなかった日はありますか)	<input type="checkbox"/> はい ————— <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> いいえ ————— <input type="checkbox"/> 週1～2回 <input type="checkbox"/> いいえ ————— <input type="checkbox"/> 月1～2回

あてはまる症状を□にチェックして下さい。

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 顔色が青白いと言われたことがある | <input type="checkbox"/> 朝、食欲がない   |
| <input type="checkbox"/> ときどき強い腹痛がある      | <input type="checkbox"/> だるい、疲れやすい |
| <input type="checkbox"/> しばしば頭痛がある        | <input type="checkbox"/> 乗り物に酔いやすい |