

リウマチ科初診問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな
氏名

年齢 _____ 歳 ID _____

1. 診療情報の取得に関して、必ずご記入ください

- 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
- 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用またはオンライン資格確認にご協力をお願いいたします。

情報取得に 同意する・ 同意しない

2. 本日、来院された主な理由・症状

3. 服用している薬 なし・あり

4. 生活歴 喫煙 _____ 本× _____ 年 (_____ 年前から禁煙) 飲酒 _____ ml・合/日 (種類 _____)

5. 既往歴 _____ (例) 50歳：高血圧

6. 手術歴 _____ (例) 60歳：右大腿骨当置換術

7. 家族歴 例に従い、下記に書いてください。 (例) 高血圧 _____ 父 _____

高血圧 _____ 糖尿病 _____ 関節リウマチ _____ 膠原病 _____ アレルギー _____

甲状腺疾患 _____ 呼吸器疾患 _____ 心臓疾患 _____ 肝臓疾患 _____

腎臓疾患 _____ 消化器疾患 _____ 悪性疾患 (ガン) _____

その他 (※病名も書いてください) _____

8. 閉経前の女性のみお答えください

妊娠の可能性 なし・あり 生理の周期 規則的・不規則

妊娠回数 _____ 回 出産回数 _____ 回 自然流産 _____ 回

9. 最近の症状

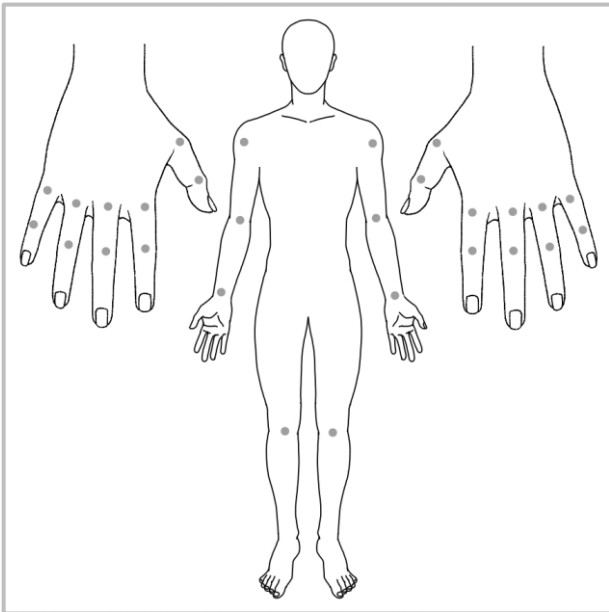
 発熱 (最高 _____ °C _____ 日前から) 体重減少 夜間発汗 頭痛 めまい 耳鳴り 聴力低下 視力低下 内炎 のの渴き (_____ 週・ _____ 日前から) 目の乾き (_____ 週・ _____ 日前から) 胸の痛み 動悸 呼吸困難 咳 (_____ 週・ _____ 日前から) 痰 吐き気 嘔吐 胃の痛み 胸やけ 便秘 下痢 黒色便 皮疹・かゆみ じんましん 指先が冷たくなる 脱毛 日光過敏症 朝のこわばり 関節痛 筋肉痛 筋力低下 手足のしびれ・感覚異常 尿が出にくい 血尿 頻尿 気分の落ち込み 不眠 不安

■以下の質問票にお答えください

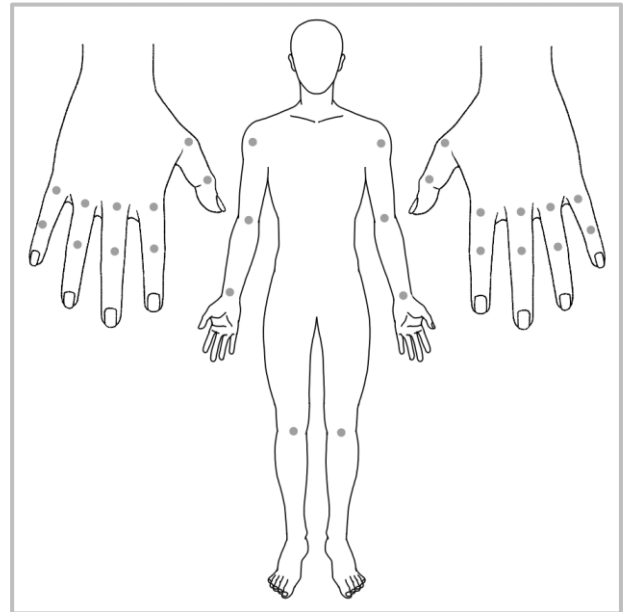
各項目の日常動作で、この1週間のあなたの状態を右の4つから1つ選んでし印をつけてください	何の困難もない	いくらか困難である	かなり困難である	できない
[1]着衣 靴紐を結び、ボタン掛けも自分で身支度ができますか				
[2]起立 就寝、起床の動作ができますか				
[3]食事 いっぱいに入っている茶わんやコップを口元まで運べますか				
[4]歩行 戸外で平坦な道を歩けますか				
[5]衛生 身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか				
[6]伸展 腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか				
[7]握力 蛇口の開閉ができますか				
[8]活動 車の乗り降りができますか				

■関節に問題のある方は下の図に×印を記してください

【腫れのある関節】



【押さえると痛みのある関節】



■この1週間の関節の痛みはどのくらいか、下の線上に×印を記してください

痛みなし

これまでで一番強い痛み



■この1週間の症状全般はどのくらいか、下の線上に×印を記してください

症状なし

これまでで一番強い症状

