

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 _____

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務めています。

正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

マイナンバーカード（有・無）

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（いいえ・はい）

他の医療機関から紹介状はお持ちですか？（いいえ・はい）

この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？（いいえ・はい）

健診時期（ _____ 年 _____ 月 ） 指導事項 _____

1. 本日、来院された主な理由・症状

2. 服用している薬 なし・あり

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

4. 既往歴 _____ （例）50歳：高血圧

5. 手術歴 _____ （例）60歳：右大腿骨当置換術

6. 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） _____

7. 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

8. 最近の症状

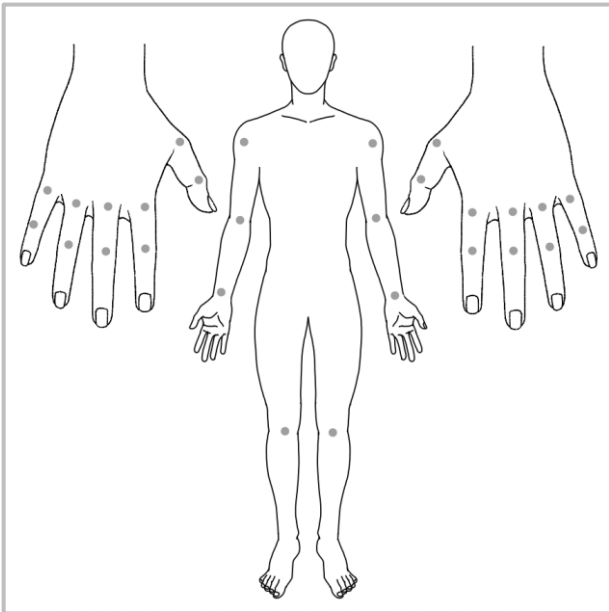
 発熱（最高 _____ °C _____ 日前から） 体重減少 夜間発汗 頭痛 めまい 耳鳴り 聴力低下 視力低下 肺炎 口の渇き（ _____ 週・ _____ 日前から） 目の乾き（ _____ 週・ _____ 日前から） 胸の痛み 動悸 呼吸困難 咳（ _____ 週・ _____ 日前から） 痰 吐き気 嘔吐 胃の痛み 胸やけ 便秘 下痢 黒色便 皮疹・かゆみ じんましん 指先が冷たくなる 脱毛 日光過敏症 朝のこわばり 関節痛 筋肉痛 筋力低下 手足のしびれ・感覚異常 尿が出にくい 血尿 頻尿 気分の落ち込み 不眠 不安

■以下の質問票にお答えください

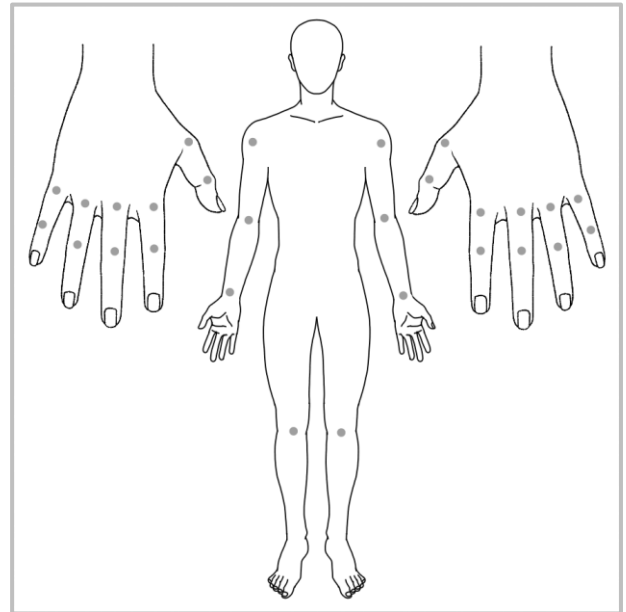
各項目の日常動作で、この1週間のあなたの状態を右の4つから1つ選んでし印をつけてください	何の困難もない	いくらか困難である	かなり困難である	できない
[1]着衣 靴紐を結び、ボタン掛けも自分で身支度ができますか				
[2]起立 就寝、起床の動作ができますか				
[3]食事 いっぱいに入っている茶わんやコップを口元まで運べますか				
[4]歩行 戸外で平坦な道を歩けますか				
[5]衛生 身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか				
[6]伸展 腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか				
[7]握力 蛇口の開閉ができますか				
[8]活動 車の乗り降りがで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

■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

