

リウマチ膠原病センター受診の方へ(初診)

<外来問診票>

氏名:	年齢:	診察券番号:
電話番号(必要時病院から連絡してよい番号をご記入してください)		Tel:(自宅) (携帯)

※毎回ご提出いただく「診察前用の問診票」も記入し、2枚と併せてご提出ください。

■ 本日来院された主な理由・症状

- 
- 
- 

■ 服用している薬(ビタミン剤、ホルモン剤、健康食品、漢方薬、鎮痛薬も含む) なし ・ あり

名前・量・回数

- 
- 
- 

薬に対するアレルギー なし ・ あり

名前・症状(皮疹・むくみ など)

<既往歴>(該当するものを○で囲ってください:例 高血圧)

- |                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| 心臓(高血圧、不整脈、狭心症、心筋梗塞、心雑音、他) | 血液(貧血、輸血、静脈血栓症、他)         |
| 消化器(潰瘍、胃炎、肝炎、脂肪肝、膵炎、胆石、他)  | 尿路系(尿路結石、慢性腎炎、膀胱炎、腎盂腎炎、他) |
| 呼吸器(喘息、慢性気管支炎、肺気腫、気胸、他)    | 筋骨格(関節炎、腰痛、膠原病、他)         |
| 感染症(結核、蓄膿症、中耳炎、リウマチ熱、他)    | 神経(けいれん、脳梗塞、クモ膜下出血、他)     |
| 内分泌・代謝(甲状腺、糖尿病、高脂血症、他)     | アレルギー(花粉症、アトピー、食物アレルギー、他) |
| 海外渡航歴( )国へ( )カ月前           | その他(腫瘍、目、皮膚、耳、他)          |

<手術>(盲腸、ヘルニア、胆石、扁桃摘出、帝王切開 他)

<最近の症状>(該当するものを○で囲ってください:例 咳)

- 熱(最高 度、 日前)、寒気、体重減少( )Kg 過去( )カ月、夜間発汗  
 口の乾き 眼の乾き 腹痛、吐き気、嘔吐( 回/日)、下痢( 回/日)  
 胸の痛み、動悸、呼吸困難、咳、痰(色:白、黄色、緑、茶色、血痰)、手足のむくみ、  
 胃の痛み、胸焼け、黒色便、血便、痔、便秘( 日)、口内炎、口内潰瘍  
 頭痛、めまい、耳鳴り、聴力低下、筋力低下、視力障害、けいれん発作、意識を失う  
 皮膚炎、かゆみ、じんましん、レイノー症状、日光過敏症、脱毛  
 関節痛、朝の手のこわばり、腰痛、腱鞘炎、筋肉痛、筋力低下、手足のしびれ、感覚低下、  
 排尿時の痛み、血尿、失禁、排尿困難、頻尿  
 うつ、不安、睡眠障害、その他

<生活習慣>

喫煙歴:1日 約 本 × 年間(禁煙 年前から)  
 飲 酒:平均1日 ワイン \_\_\_\_\_ 杯、ビール \_\_\_\_\_ 本、日本酒・焼酎 \_\_\_\_\_ 合、その他 \_\_\_\_\_

<健診歴>(受けたことがある検査を○で囲って、最後に受けた年をご記入ください:例 胃カメラ (2008年)

胃カメラ( ) 大腸カメラ( ) 便潜血( ) 子宮癌検診( ) 乳癌検診( )  
 CT検査(胸・腹など)( ) その他の健診での異常( )

<家族歴> (血縁のあるご家族で該当するものの横に続柄をご記入ください。例 高血圧 祖父)

心筋梗塞 \_\_\_\_\_ 突然死 \_\_\_\_\_ 脳血管障害 \_\_\_\_\_ 高血圧 \_\_\_\_\_ アトピー \_\_\_\_\_ 結核 \_\_\_\_\_

喘息 \_\_\_\_\_ 糖尿病 \_\_\_\_\_ 甲状腺疾患 \_\_\_\_\_ 偏頭痛 \_\_\_\_\_

膠原癌— 胃 \_\_\_\_\_ 大腸 \_\_\_\_\_ 肝臓 \_\_\_\_\_

<閉経前の女性のみ> 最終生理開始日(年/月/日) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 出産 \_\_\_\_\_ 回、自然流産 \_\_\_\_\_ 回

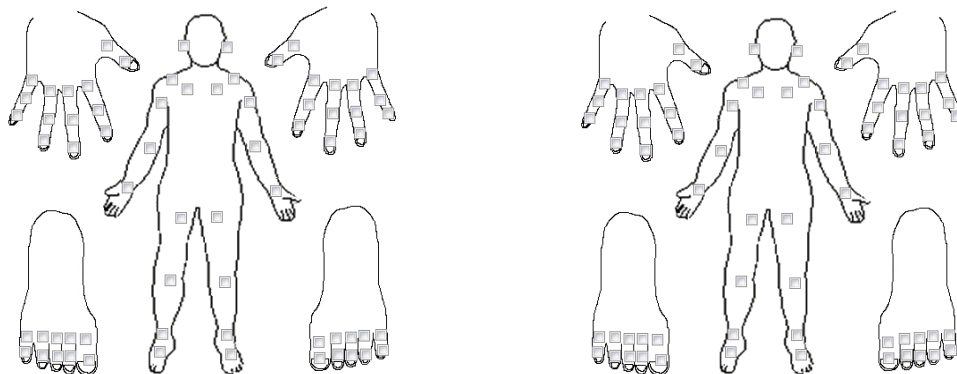
■以下の質問表にお答えください。

各項目の日常動作について、この1週間のあなたの状態を平均して右の4つから1つを選んでレ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
靴紐を結び、ボタンかけも含めて自身で身支度できますか。	a				
就寝、起床の動作ができますか。	b				
水がいっぱい茶碗やコップを口元まで運べますか。	c				
戸外で平坦な道を歩けますか。	d				
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか。	e				
腰を曲げ床にある衣類を拾い上げられますか。	f				
蛇口の開閉ができますか。	g				
車の乗り降りができますか。	h				
歩こうと思えば、3km歩けますか。	i				
やる気になれば、スポーツはできますか。	j				

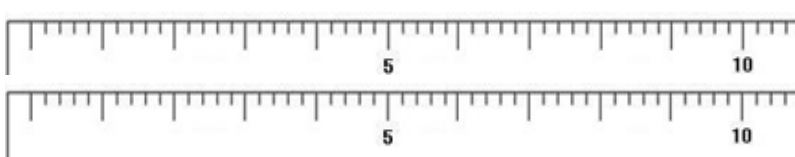
■関節に問題のある方は下の図にX印で示してください。(例: X)

押さえると痛みのある関節

腫れのある関節



■今日の関節症状と痛みはどのくらいの位置にあるかを下の線上にX印で示してください。

症状全般	無症状		最も強い症状 も強い痛み
疼痛	痛みなし 最		

※) 医師記入欄	
CRP	
ESR	
Dr.VAS	