

リウマチ膠原病センター受診の方へ(再診)

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)

効率的に診療を行うため、お手数ですが毎回わかる範囲でご記入くださるようご協力お願いいたします。
また、必ず毎回診察前に自動血圧計で血圧を測定してください。

- 前回受診時から比べて本日の状態はいかがでしょう。
 1. 自覚症状なし 2. 改善している 3. 変化なし 4. 悪化している
- 前回受診時から問題となるような変化、本日特に気になっていることがあればご記入ください。

CRP	
ESR	
Dr. VAS	

- 本日必要な薬
 1. いつもどおり
 2. 余っているので少なく処方する薬がある 薬品名 _____
 3. 前回は処方されていないが必要な薬がある 薬品名 _____

■ 次回のご希望予約日をご記入ください(予約日は、本日の診察所見を考慮して診察後に最終決定します)。

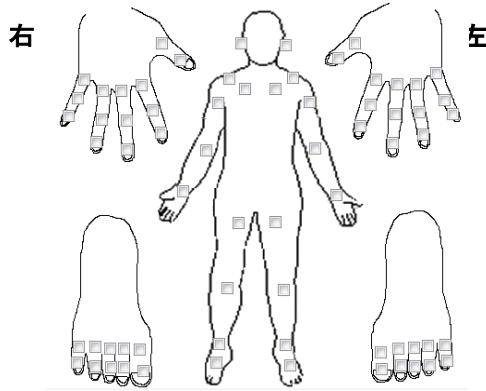
_____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時頃

■ 以下の質問表にお答えください。

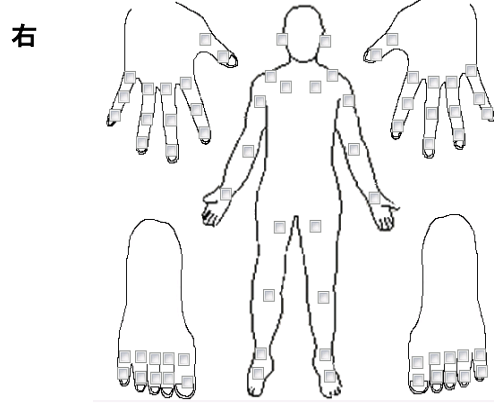
各項目の日常動作について、この1週間のあなたの状態を平均して右の4つから1つを選んでレ印をつけてください。		何の困難もない	いくらか困難である	かなり困難である	できない
靴紐を結び、ボタンかけも含めて自身で身支度できますか。	a				
就寝、起床の動作ができますか。	b				
水がいっぱい茶碗やコップを口元まで運べますか。	c				
戸外で平坦な道を歩けますか。	d				
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか。	e				
腰を曲げ床にある衣類を拾い上げられますか。	f				
蛇口の開閉ができますか。	g				
車の乗り降りができますか。	h				
歩こうと思えば、3Km 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:)

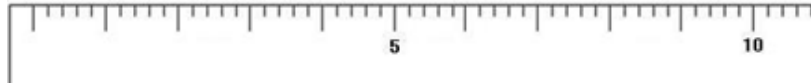
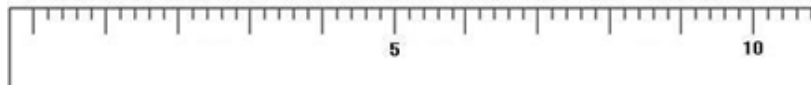
押さえると痛みのある関節



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
疼痛 痛みなし		最も強い痛み