

次回受診希望日： 月 日

リウマチ膠原病センター 再診問診票 氏名 _____ 診察券番号 _____

大変ご面倒ですが、効率的に診察を行うために毎回わかる範囲でお気軽にご記入下さい。
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。ご協力のほどよろしくお願ひ申し上げます。

■ 前回受診時から比べて本日の状態はいかがですか？

- 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

■ 前回受診時から出現した症状や変化、本日特に気になることがあればご記入下さい。

(例：関節や身体の痛み、発熱や咳・痰などの感冒症状、下痢、膀胱炎症状、発疹、口内炎、ヘルペス、その他)
(いつ頃から、どこが、どのように)

■ 処方薬について

- 1.いつも通りの処方を希望 2.余っているので不要な薬がある 3.追加で処方希望する薬がある

(2.3 の場合は薬剤名を記入してください)

■ 以下の質問票にお答え下さい

各項目の日常生活について、この1週間のあなたの状態を平均して右の4つから1つ選んでレ印をつけて下さい		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分で身支度できますか	a				
就寝、起床の動作ができますか	b				
水がたっぷりの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、3キロメートル歩けますか	i				
やる気になれば、スポーツはできますか	j				

