

リウマチ・膠原病 問診表

年 月 日

フリガナ			生 年 月 日
氏名			大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日
住所	〒 _____	電話番号 ()	
薬の服用や検査結果報告・休診等で至急の連絡を要する場合のため、ご連絡先の記入をお願いいたします。			
日中のご連絡先	TEL :	()	:
夜間のご連絡先	TEL :	()	:
一人暮らしですか？ (はい ・ いいえ)			
緊急連絡先 (本人以外)			

1. 本日はどうなさいましたか？ 一番お困りなことは何ですか？

2. いつから、どのような症状が出現しましたか？

3. 最近の症状について (該当するものすべてを○で囲ってください)

体温	発熱なし、最高 () 度
体重の変化	変化なし、増加 (kg / ヶ月)、減少 (kg / ヶ月)
目・耳・口	視力低下、目の渇き、口の渇き、口内炎、耳鳴り、聴力低下
頭部	頭痛、めまい、けいれん、意識を失う
胃腸	腹痛、胃の痛み、胸やけ、吐き気、嘔吐 (回 / 日)、下痢 (回 / 日)、 血便、痔、便秘
胸部	胸の痛み、動悸、呼吸困難感、咳、痰 (色：白、黄色、茶色、血痰)
手・足	手指こわばり、手指の冷え、手足のむくみ、関節痛 (部位：) レイノー現象 (*手を冷たいところにさらすと、指が蒼白～紫色に変色)
腰	腰痛 (歳ごろから)、筋肉痛 (部位：)、 筋力低下 (部位：)
神経	手足のしびれ、感覚低下 (部位：)、運動低下： (部位：)
皮膚	日光過敏、脱毛、皮膚炎 (湿疹)、かゆみ、じんましん
尿路	尿の泡立ち、血尿、頻尿、排尿時痛、失禁、排尿困難
精神	気分の落ち込み、不安、不眠

4.血縁の方にリウマチ・膠原病の方はいますか(例えば、母が関節リウマチなど)?

どなたですか? _____ 病名 _____

5. 過去に他院でリウマチ・膠原病の治療を受けたことがありますか?

期間 _____ 病院名 _____

どのような治療をしましたか?(入院・投薬など) _____

6.これまでかかったことがある、または現在治療中の病気はありますか?

何歳時 _____ 病名 _____ 治療 _____

7.現在飲んでいるお薬、健康食品、サプリメントはありますか?

8.アレルギーはありますか?

なし、あり(薬、食物、花粉症、その他) _____

9.B型肝炎、C型肝炎、または結核と言われたことはありますか?

なし、あり()歳の時 現在治療中である _____

10.日常の生活習慣についておたずねします。

タバコは吸いますか? 吸わない 吸う(1日 本 / 年間)

吸ったことがある(年前に禁煙)

お酒は飲みますか? 飲まない 機会飲酒程度

飲む(1回量 / 週 日)

運動習慣はありますか? なし あり(内容)

11.以下、関節リウマチの患者さんのみ記入してください。

現在、薬を処方されている、あるいは処方されたことがあるお薬は○をお付けください。

<免疫抑制剤・調整剤>

プレドニン／プレドニンゾロン／メドロール、メトキサート／リウマトレックス、アザルフィジン、
ブシラミン／リマチル、ケアラム／コルベット、タクロリムス／プログラフ、ネオーラル、エンドキサシン
アザチオプリン／アザニン／イムラン、プレディニン、セルセプト、プラケニル、コルヒチン

<生物学的製剤>

レミケード／インフルキサシブ、エンブレル、ヒュミラ、シムジア、シンボニー、オレンシア、
ゼルヤンツ、オルミエント、アクテムラ／ケブラザ、イラリス、リツキサン

ご協力ありがとうございました。