



年 月 日

リウマチ膠原病 問診票



頭とからだのクリニック
かねなか脳神経外科

※紹介状や資料をお持ちの場合は、診察前に受付に提出してください。

ふりがな				男 ・ 女	大・昭・平・令	年 月 日生			()歳
氏名				生年月日				身長	cm
住所	〒 -						体重	Kg	
電話番号	自宅:			携帯:					

①本日来院された主な理由や症状をお聞かせください

②それらは、いつから症状がみられますか？○で囲んで下さい。

今日 昨日 おととい その他(年前、 ヶ月前、 週間前、 日前)

③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)はありますか？

なし・あり ()

④お手数をお掛けしますが、次の質問にお答え下さい。該当する方を○で囲んで下さい。

1、今までに大きな病気・手術・大けがのご経験はありますか？

いいえ はい → ()

2、現在治療中の病気はございますか？ ※お薬手帳などをお持ちでしたらスタッフへお渡し下さい

いいえ はい → ()

3、最近の症状として当てはまるものに全て○をして下さい

熱(最高 度、 日前)、寒気、体重減少()Kg 過去()ヵ月、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

4、タバコ(電子・葉巻を含む)を吸いますか？

いいえ(非喫煙者・やめた 年間 本/日) はい → (本/日)

5、お酒は飲みますか？

いいえ はい → 平均1日 ワイン 杯、ビール 本、日本酒・焼酎 合、その他

6、(女性のみ)妊娠または妊娠の疑い、また授乳中ですか？

いいえ はい → ()

裏面(2枚目)に続く

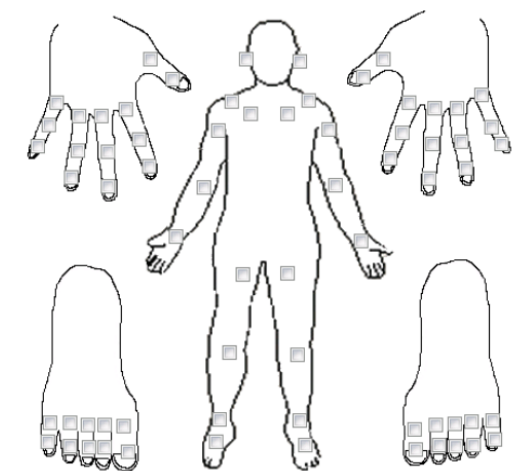
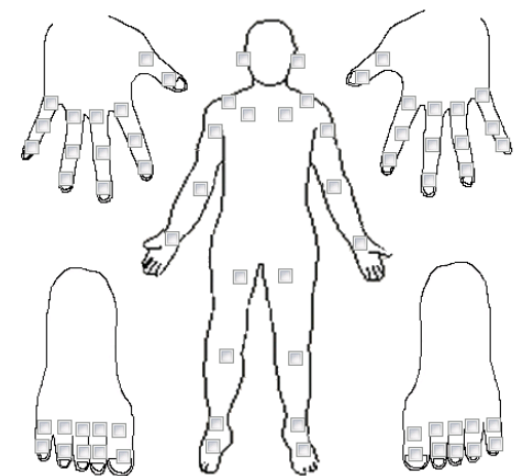
■ 以下の質問表にお答えください

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、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
疼痛	痛みなし		最も強い痛み