



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 | 生年月日 | 大・昭・平・令 | 年 月 日 生 | ( ) 歳 |
| 氏名   |     |     |  |     |      |         |         |       |
| 住所   | 〒 - |     |  |     |      |         | 身長      | cm    |
| 電話番号 | 自宅: | 携帯: |  |     |      | 体重      | Kg      |       |

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

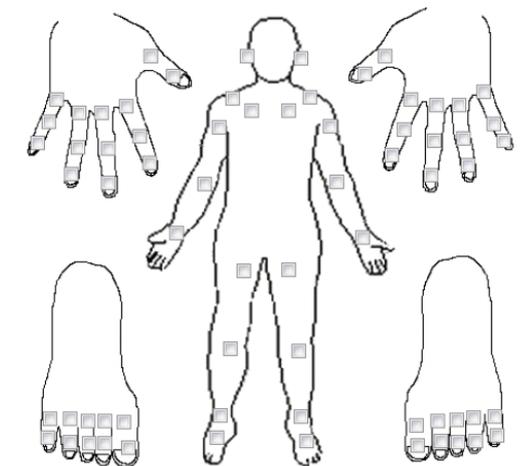
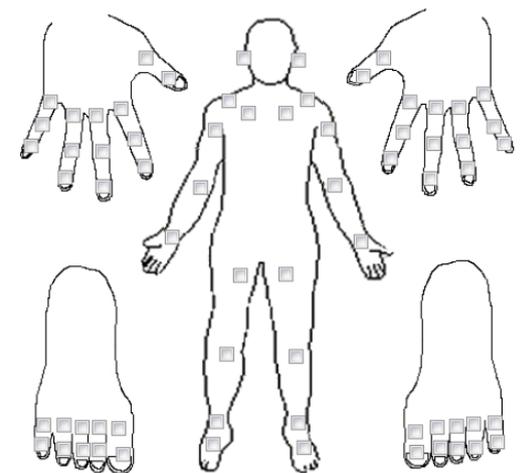
■ 以下の質問表にお答えください

| 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 |