

リウマチ膠原病内科問診票

年 月 日

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 身長: _____ cm 体重: _____ kg 体温 _____ °C

* 本日来院した症状はいつから・どのような症状ですか。

1. 関節で痛いところがありますか。 はい いいえ
2. 1で「はい」と答えた方は、痛い部位はどこですか(_____)
3. 朝、手のこわばりがありますか。 はい いいえ
4. 3で「はい」と答えた方は、持続時間はどのくらいですか。 (_____ 分)
5. 目や口が乾燥している感じがありますか。 はい いいえ
6. 口内炎がありますか。 はい いいえ
7. 冷たいものに触れた時、指先の色が白～紫色になりますか。 はい いいえ
8. 身体に湿疹がありますか。 はい いいえ
9. これまでにかかった病気についてご記入ください。
(_____ 歳
_____ 歳)
10. 現在飲んでいる薬とサプリメントがありましたら、ご記入ください。
(_____)
11. 薬のアレルギーがありますか。 はい いいえ
12. 11で「はい」と答えた方は薬品名と症状もご記入ください。
(_____)
13. 血縁の方でリウマチ・膠原病の方はいますか。 はい いいえ
14. 14で「はい」と答えた方は、どなたが何の病気かわかる限りご記入ください。
(_____)
15. 癌が見つかった場合、告知を希望しますか。 はい いいえ
16. 検診を受けていますか。 はい (_____ 年 _____ 月) いいえ
17. 嗜好品について教えてください。 アルコール(_____ ml/日) たばこ(_____ 本/日)