

おうみりウマチ膠原病・内科クリニック 問診票

フリガナ ()

氏名 _____

特定医療費（指定難病）の受給者証をお持ちの方はをお願いします

年齢 _____ 歳（昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ）

住所 _____ 〒 _____

電話番号 自宅 : _____

携帯 : _____

緊急連絡先 : _____（続柄） _____

緊急連絡先の希望がない方は、をお願いします

- ご予約時間に来院されない場合など、当院よりご連絡をさせて頂く場合がございます。希望連絡先にをお願いします。（ご自宅・携帯電話ともにご連絡可能な場合は、両方にをお願いします）

ご自宅 携帯電話

- 本日来院された主な理由・症状は何でしょうか？

- 最近の症状について（該当するものをすべて○で囲ってください）

| | | | |
|-------|------------|----------|-------------|
| 体温 | 熱 寒気 | 最高 () 度 | 平熱 () 度くらい |
| 体重の変化 | 体重 (増・減) | () kg | 過去 () ヶ月で |

| | |
|-------|--|
| 目・耳・口 | 眼の乾き、視力の低下、口の乾き、口内炎、耳鳴り、聴力の低下 |
| 頭部 | 頭痛、めまい、けいれん、意識を失う |
| 胃腸 | 腹痛、胃の痛み、胸焼け、黒い便、血便、痔、便秘 () 吐き気、嘔吐 () 回、下痢 () 回/日 |
| 胸部 | 胸の痛み、動悸、呼吸困難、咳 痰（色：白、黄色、緑、茶色、血痰） |
| 手・足・腰 | 手足のむくみ、指の冷え、関節痛、手のこわばり、腱鞘炎 筋肉痛、筋力の低下、腰痛、手足のしびれや感覚低下 |
| 皮膚 | 皮膚炎（湿疹）、かゆみ、じんましん、日光過敏症、脱毛 |
| 尿路 | 排尿時の痛み、血尿、失禁、排尿困難、頻尿 |
| 精神 | うつ、不安、不眠 |

(次のページへお進み下さい)

■ 既往歴（わかる範囲で該当するものを○で囲ってください：例 高血圧）

| | |
|--------|-----------------------------------|
| 心臓 | 高血圧、不整脈、狭心症、心筋梗塞、その他（ ） |
| 血液 | 貧血、輸血、静脈血栓症、その他（ ） |
| 消化器 | 潰瘍、胃炎、肝炎、脂肪肝、すい炎、胆石、 その他（ ） |
| 尿路系 | 尿路結石、慢性腎炎、膀胱炎、腎盂腎炎、その他（ ） |
| 呼吸器 | ぜん息、慢性気管支炎、肺気腫、間質性肺炎、気胸 その他（ ） |
| 筋骨格 | リウマチ、腰痛、膠原病 その他：病名 （ ） |
| 感染症 | 結核、蓄膿症、中耳炎、リウマチ熱、その他（ ） |
| 神経 | けいれん、脳梗塞、クモ膜下出血、その他（ ） |
| 内分泌・代謝 | 甲状腺、糖尿病、高脂血症、その他（ ） |
| アレルギー | 花粉症、アトピー、食物アレルギー、その他（ ） |
| その他 | がん、白内障、アトピー、その他（ ） |

■ 海外渡航歴 国名（ ）：（ ）ヵ月前に渡航

■ 手術されたことがあれば教えて下さい（盲腸、胆石、扁桃摘出、骨折、がんなど）

■ 現在服用しているお薬について

（ビタミン剤、ホルモン剤、健康食品、漢方薬、鎮痛薬も含む）

服用なし

服用あり（お薬手帳 あり ・ なし ）

◆ お薬の名前・量・回数 ※お薬手帳に記載の無い場合のみ記入してください。

◆ お薬に対するアレルギーは（ なし ・ あり ）

起こした薬の名称（ ）

アレルギーの症状（皮疹・むくみ・その他 ）

■ 生活習慣について教えて下さい

| | | | |
|-----|-------|------------|---------------------------|
| 喫煙歴 | あり・なし | 1日約 本 × 年間 | ：（禁煙 年前から） |
| 飲酒 | あり・なし | 1日 | ：ワイン 杯、ビール 本、日本酒・焼酎 合、その他 |

（次のページへお進み下さい）

■ 健診歴

(受けたことがある検査を○で囲って、最後に受けた年をご記入ください)

記入例 : 胃カメラ (2008年)

| | | | | | |
|------------|---|-------------|---|-------------|---|
| 胃カメラ | 年 | 大腸カメラ | 年 | 便潜血 | 年 |
| 子宮癌検診 | 年 | 乳癌検診 | 年 | CT検査 (胸部・腹) | 年 |
| その他の健診での異常 | | 健診名 : () 年 | | | |

■ 家族歴 (血縁のあるご家族で該当するものの横に続柄をご記入ください。)

記入例 : 高血圧 祖父

| | | | | | | | |
|-------|--|-----|--|---------|--|-----|--|
| 心筋梗塞 | | 突然死 | | 脳血管障害 | | 高血圧 | |
| アトピー | | 結核 | | 喘息 | | 糖尿病 | |
| 甲状腺疾患 | | 片頭痛 | | リウマチ | | 膠原病 | |
| がん | | 肝炎 | | その他 () | | | |

■ 閉経前の女性のみ記入してください

最終生理開始日 (年/月/日) / / /

出産 回、自然流産 回

■ このクリニックを何で知りましたか?

- () 主治医からの紹介
- () 知人・友人のすすめ
- () 膠原病友の会のすすめ
- () ホームページを見て
- () その他 (新聞チラシ、家族が通院など) :

■ その他 : 自由にご記入下さい

ご記入お疲れ様でした。

医療機関記入欄

| | | | |
|----|--|----------------------------------|-------|
| 受付 | | 保険証返却確認 <input type="checkbox"/> | 記入日 |
| 会計 | | | 年 月 日 |

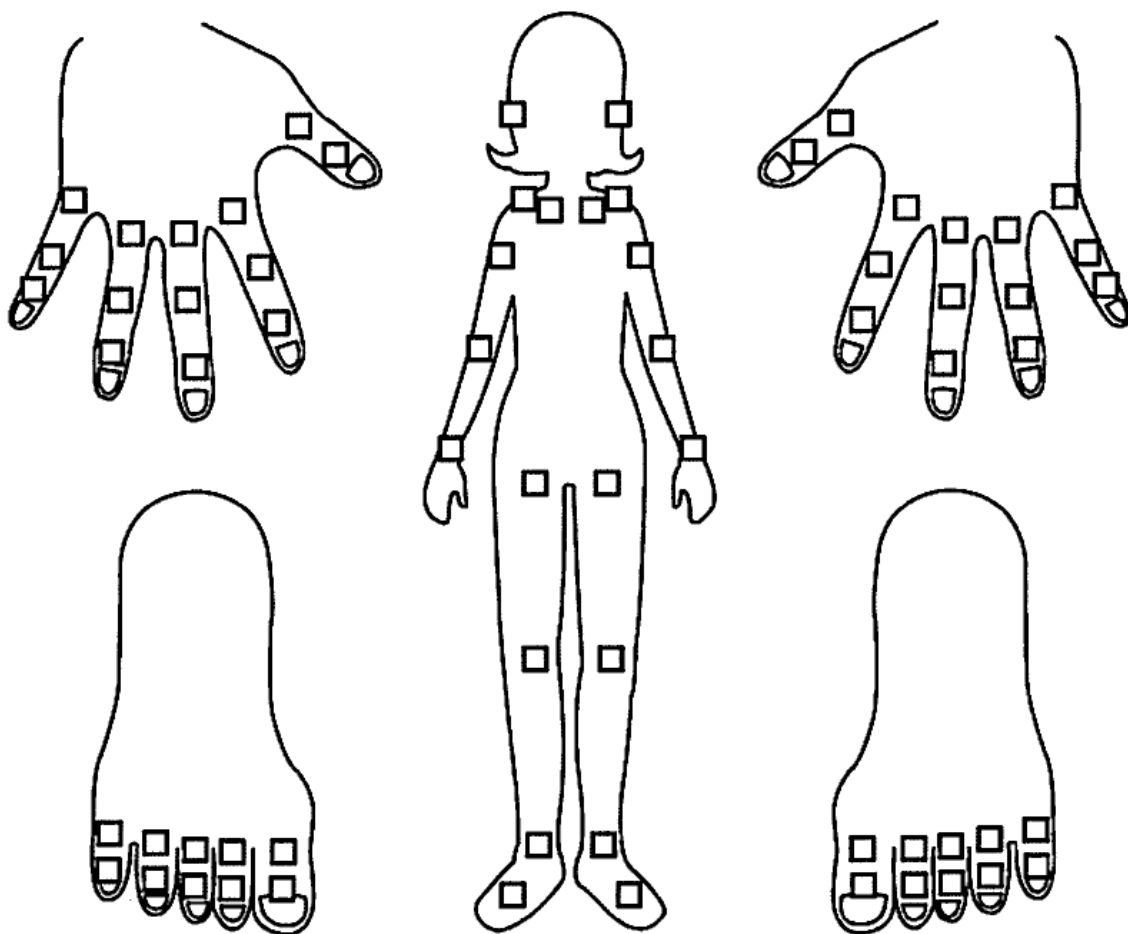
以下、関節リウマチの患者さんのみ記入して下さい

■御自身で感じる現在の痛い関節を下図で×をつけてください

◆痛みのある関節部位に×を付けて下さい。

右

左



■ 自身の日常生活の様子を下図に○をつけて下さい

| | 何の困難もない (0点) | いづらか困難である (1点) | かなり困難である (2点) | できない (3点) |
|-------------------------------------|-----------------|-------------------|------------------|--------------|
| [1]着衣 靴ひも結び、ボタン掛けも含め自分で身支度ができますか | | | | |
| [2]起立 就寝、起床の動作ができますか | | | | |
| [3]食事 いっぱいに入っている茶碗やコップを口元まで運べますか | | | | |
| [4]歩行 戸外で平坦な地面を歩けますか | | | | |
| [5]衛生 身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか | | | | |
| [6]伸展 腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか | | | | |
| [7]握力 蛇口の開閉ができますか | | | | |
| [8]活動 車の乗り降りができますか | | | | |