

# 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） 国籍 \_\_\_\_\_

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？

■ 身長 ( ) cm ■ 体重 ( ) kg

※分かる方のみご記入をお願いします

■ 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
目・耳・口	目の乾き、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、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 ）

起こした薬の名前（ ）

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

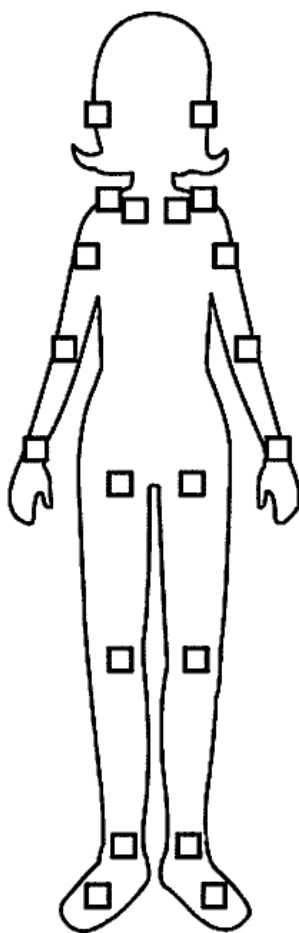
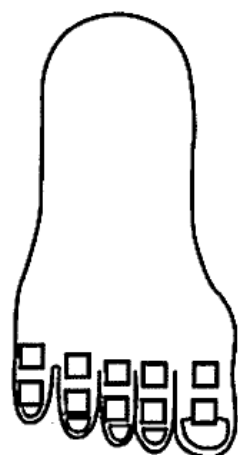
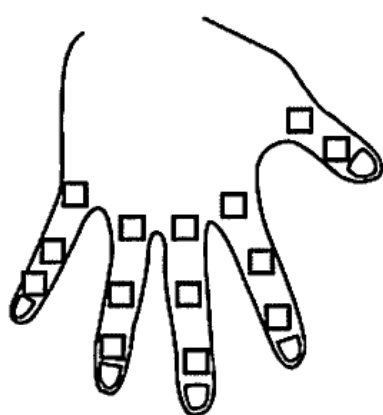
受付		保険証返却確認 <input type="checkbox"/>	記入日 年 月 日
会計			

以下、関節リウマチの患者さんのみ記入して下さい

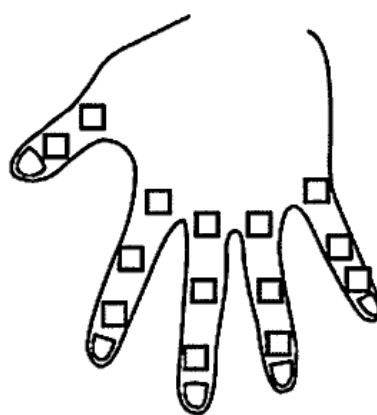
■御自身で感じる現在の痛い関節を下図で×をつけてください

◆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)	いくらか困難である (1点)	かなり困難である (2点)	できない (3点)
〔1〕 着衣 靴紐結び、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 いっばいに水が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あるけますか				
〔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				