

フリガナ

氏名 _____ 年齢 _____ 歳

(昭和・平成・令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

住所 〒 _____

電話 _____ 携帯電話 _____

1 本日は、どうなさいましたか？ 一番お困りなことは何ですか？

(_____)

2 いつから、どのような症状が出現しましたか？

(_____)

3 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	発熱なし、最高（ ）度
体重の変化	変化なし、増加（ Kg/ カ月）、減少（ Kg/ カ月）
目・耳・口	視力低下、目の濁き、口の濁き、口内炎、耳鳴り、聴力低下
頭部	頭痛、めまい、けいれん、意識を失う
胃腸	腹痛、胃の痛み、胸やけ、吐き気、嘔吐（ 回/日）、下痢（ 回/日）、血便、痔、便秘
胸部	胸の痛み、動機、呼吸困難感、咳、痰（色：白、黄色、茶色、血痰）
手・足	手指こわばり、手指の冷え、レイノー現象（*手を冷たいところにさらすと、指が蒼白～紫色に変色）、手足のむくみ、関節痛（部位： ）
腰	腰痛（ 歳ごろから）、筋肉痛（部位： ）、筋力低下（部位： ）
神経	手足のしびれ、感覚低下（部位： ）、運動低下（部位： ）
皮膚	日光過敏、脱毛、皮膚炎（湿疹）、かゆみ、じんましん
尿路	尿の泡立ち、血尿、頻尿、排尿時痛、失禁、排尿困難
精神	気分の落ち込み、不安、不眠

4 血縁の方にリウマチ・膠原病の方はいますか（例えば、母が関節リウマチなど）？

どなたですか？ _____ 病名 _____

5 過去に他院でリウマチ・膠原病の治療を受けたことがありますか？

期間 _____ 病院名 _____

どのような治療をしましたか（入院・投薬など） _____

6 これまでかかったことがある、または現在治療中の病気はありますか？

何歳時 _____ 病名 _____ 治療 _____

7 現在飲んでいるお薬、健康食品、サプリメントはありますか？

8 アレルギーはありますか？

なし、あり（薬、食物、花粉症、その他） _____

9 B型肝炎、C型肝炎、または結核と言われたことはありますか？

なし、あり（ _____ ）歳の時 現在治療中である _____

10 日常生活習慣についておたずねします。

タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う（1日 本／ 年間）
吸ったことがある） 年前に禁煙）

お酒は飲みますか？ 飲まない 機会飲酒程度
飲む（1回量 _____ /週 日）

運動習慣はありますか？ なし あり（内容 _____ ）

11 以下、関節リウマチの患者さんのみ記入してください。

現在、薬を処方されている、あるいは処方されたことがあるお薬は○をお付けください。

<免疫抑制剤・調整剤>

プレドニン/プレドニゾン/メドロール、メトトレキサート/リウマトレックス、アザルフィジン、
ブシラミン/リマチル、ケアラム/コルベット、タクロリムス/プロGRAF、ネオーラル、エンドキサン、
アザチオプリン/アザニン/イムラン、ブレディニン、セルセプト、プラケニル、コルヒチン

<生物学的製剤>

レミケード/インフルキシマブ、エンブレル、ヒュミラ、シムジア、シンポニー、オレンシア、ゼルヤンツ、
オルミエント、アクテムラ/ケブラザ、イラリス、オレンシア、リツキサン

