

関節リウマチ 問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
お名前	男 ・ 女	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)
〒 - ご住所		
電話番号	自宅 ()	携帯 ()
ご家族の連絡先 (緊急時) お名前 () 続柄 () 電話番号 ()		

1. いつ頃からどのような症状がありますか																	
2. 現在通院している病院、クリニックがあれば教えてください。 また、現在服用されているお薬をすべて教えてください。お薬手帳があれば見せてください。 無 ・ 有 (例： 45歳～高血圧 ○×クリニック通院中 △□薬内服中)																	
3. 今まで病気にかかったことや手術はありますか 無 ・ 有 ()																	
4. アレルギー (食物・薬) はありますか 無 ・ 有 ()																	
5. リウマチや膠原病にかかったことがあるご家族はいますか 無 ・ 有 ()																	
6. 身長 () c m 体重 () k g																	
7. 喫煙されたことはありますか 無 ・ 有 ()才～()才まで()本/日																	
8. 飲酒されますか 無 ・ 有 ()ml/日 ・ 機会飲酒																	
9. 職業は何ですか ()																	
10. 骨粗鬆症の検査や治療をしたことがありますか 無 ・ 有 ()																	
11. 女性の方にお聞きします。妊娠出産歴はありますか 無 ・ 有 今後、妊娠のご予定はありますか 無 ・ 有																	
12. 以下の症状はありますか 無 ・ 有 →以下、該当項目にチェックを入れてください。 <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/>朝のこわばり ()分</td><td><input type="checkbox"/>関節の症状 (痛み ・ 腫れ)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>眼症状 (眼痛 ・ 充血)</td><td><input type="checkbox"/>ドライアイ (目のかわき)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>ドライマウス (口のかわき)</td><td><input type="checkbox"/>口内炎</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>呼吸器症状 (咳・痰・喉の痛み・息苦しさ)</td><td><input type="checkbox"/>消化器症状 (便秘 ・ 下痢 ・ 腹痛)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>日光アレルギー</td><td><input type="checkbox"/>脱毛</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>レイノー (手足の冷感)</td><td><input type="checkbox"/>皮膚症状</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>爪症状</td><td><input type="checkbox"/>安静時の腰痛 (じっとしていると痛い)が動くと楽になる</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>下肢のおくみ</td><td><input type="checkbox"/>筋肉痛・筋力低下</td></tr></table>		<input type="checkbox"/> 朝のこわばり ()分	<input type="checkbox"/> 関節の症状 (痛み ・ 腫れ)	<input type="checkbox"/> 眼症状 (眼痛 ・ 充血)	<input type="checkbox"/> ドライアイ (目のかわき)	<input type="checkbox"/> ドライマウス (口のかわき)	<input type="checkbox"/> 口内炎	<input type="checkbox"/> 呼吸器症状 (咳・痰・喉の痛み・息苦しさ)	<input type="checkbox"/> 消化器症状 (便秘 ・ 下痢 ・ 腹痛)	<input type="checkbox"/> 日光アレルギー	<input type="checkbox"/> 脱毛	<input type="checkbox"/> レイノー (手足の冷感)	<input type="checkbox"/> 皮膚症状	<input type="checkbox"/> 爪症状	<input type="checkbox"/> 安静時の腰痛 (じっとしていると痛い)が動くと楽になる	<input type="checkbox"/> 下肢のおくみ	<input type="checkbox"/> 筋肉痛・筋力低下
<input type="checkbox"/> 朝のこわばり ()分	<input type="checkbox"/> 関節の症状 (痛み ・ 腫れ)																
<input type="checkbox"/> 眼症状 (眼痛 ・ 充血)	<input type="checkbox"/> ドライアイ (目のかわき)																
<input type="checkbox"/> ドライマウス (口のかわき)	<input type="checkbox"/> 口内炎																
<input type="checkbox"/> 呼吸器症状 (咳・痰・喉の痛み・息苦しさ)	<input type="checkbox"/> 消化器症状 (便秘 ・ 下痢 ・ 腹痛)																
<input type="checkbox"/> 日光アレルギー	<input type="checkbox"/> 脱毛																
<input type="checkbox"/> レイノー (手足の冷感)	<input type="checkbox"/> 皮膚症状																
<input type="checkbox"/> 爪症状	<input type="checkbox"/> 安静時の腰痛 (じっとしていると痛い)が動くと楽になる																
<input type="checkbox"/> 下肢のおくみ	<input type="checkbox"/> 筋肉痛・筋力低下																
13. 介護保険 無 ・ 有 (介護度： 要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)																	

◎当クリニックは、診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の活用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報取得加算 初診時：1点 再診時 (3月に1回)：1点

よねもと整形外科