

札幌スポーツクリニック リウマチ・膠原病問診票

フリガナ

平成 年 月 日

氏名

身長

cm

体重

kg

ご職業

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, いつからですか？

3, 症状についての質問です。

朝のこわばり なし あり (何分くらい続きますか? 分)

レイノー現象 なし あり

※手を冷たいところにさらすと、一部の指が蒼白～紫色に変色すること。

光線過敏症 なし あり

※皮膚を日光にさらすと、発疹ができること。

むくみ なし あり (部位:)

関節痛 なし あり

内炎 なし あり

の渴き なし あり

※の中がネバネバする、食べ物を飲み込むときに水が必要、など

目の渴き なし あり

腰痛 なし あり (いつからですか?)

微熱・発熱 なし あり (いつからですか?)

4, 慢性的な皮膚の炎症や手足の爪の肥厚はありますか？

なし あり (どんな症状ですか?)

5, 血縁の方にリウマチ、膠原病の方はいますか？ (例えば、(父)が(関節リウマチ)など)

どなたですか？

病名(わかる範囲で結構です)

6, 過去に他院でリウマチ、膠原病の治療を受けたことはありますか？

期間

どのような治療をしましたか？(入院、投薬など)

病院名

7, これまでに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？

何歳の頃ですか？

病名

どのような治療をしましたか？(入院・手術など)

病院名

8, 上記以外で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？

※お薬手帳をお持ちの方は看護師へお出し下さい。

9, アレルギーはありますか？

