

# 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  
氏名

平成 年 月 日

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？

