

# リウマチ・膠原病問診票（※記入ができましたら受付までお持ちください）

フリガナ			男・女	職業
氏名				
生年月日	明治・大正・昭和・平成		年	月
			日	( 歳)
住所	〒 -			
電話番号	携帯		自宅	
	緊急連絡番号		氏名	続柄
身長	cm	体重	kg	体重の変化 なし・あり
				ヶ月で

・1ヶ月以内に海外渡航歴、又は新型コロナウイルス感染症の方との接触はありますか？

いいえ・はい

・現在、どのような症状がありますか？（○をつけてください）

朝のこわばり・関節痛・関節変形・関節の腫れ・筋力低下・手足のしびれ・筋肉痛・口渇・口内炎・皮膚の症状（湿疹・ただれ・腫れ・かゆみ）・発熱・咳・だるさ・ドライアイ・レイノー症状・便秘・下痢・陰部潰瘍・脱毛・その他（

いつ頃から： )

・関節リウマチの治療を受けたことがありますか？

いいえ・はい

・血縁者にリウマチ・膠原病の方はいますか？

いいえ・はい

・今までかかっていたご病気や、現在治療中のものはありますか？

いいえ・はい（心疾患・高血圧・糖尿病・喘息・血管障害・悪性腫瘍・その他： )

・内服中の薬はありますか？※お薬手帳のある方は受付に出してください

いいえ・はい（お薬の名前： )

・ご家族様が今までかかっていたご病気や、現在治療中のものはありますか？

いいえ・はい（心疾患・高血圧・糖尿病・喘息・血管障害・悪性腫瘍・その他： )

・今まで健康診断で指摘されたことはありますか？ いいえ・はい（ )

・アレルギーはありますか？ いいえ・はい（ )

・手術歴はありますか？ いいえ・はい（ )

・普段の生活について

飲酒：飲まない・飲む（毎日・週 回・ 杯）

喫煙：吸わない・吸う（1日 本）

月経（女性の方のみ）：いいえ・はい（最終月経 月 日 ～ 月 日）

妊娠の可能性：いいえ・はい