

リウマチ内科 初診時間診票

年 月 日

氏名 _____

性別 男 女

年齢 _____ 歳

以下の質問に分かる範囲で記入してください。

1. 今、困っている症状は何ですか？関節痛の場合、一番痛い関節はどこですか？
2. 1.の症状はいつから続いていますか？
3. 朝、手のこわばりを感じますか？その場合、どのくらいの時間持続しますか？ (はい: 時間、 いいえ)
4. 口の渇いた感じはありますか？ (はい いいえ)
5. 眼の渇いた感じはありますか？ (はい いいえ)
6. 冷水に手をつけた時や寒い時、皮膚の色が変わり（白、赤、紫など）、血流が悪くなることがありますか？ (はい いいえ)
7. 皮膚に発疹や硬いぼのようなのができることがありますか？あれば、出来る部位や性状（かゆみ、痛みの有無）などを記載して下さい。
(はい いいえ)

8. 日光にあたると、日焼けがひどくて困ったことがありますか？

(はい いいえ)

9. 口内炎が出来やすいですか？

(はい いいえ)

10. 原因不明の発熱が持続したことがありますか？

(はい いいえ)

11. 脱毛がひどくて困ることがありますか？

(はい いいえ)

12. ものが飲み込みにくいことや、胸やけがありますか？ (はい いいえ)

13. 筋肉に力が入りにくくなったところやしびれた感じのするところがありますか？あれば部位を書いてください。

14. 排便や排尿について、特に気になる点があれば記載して下さい。

(下痢気味、便秘気味、色の黒い便がでる、夜間頻尿、排尿時痛など)

15. 食欲はありますか (はい いいえ)

16. 最近の身長と体重を記入して下さい。 身長 _____ cm、体重 _____ kg
体重の変動が最近ありましたか。 (はい いいえ)

ある場合は、いつと比べてどのくらい変わったか記載して下さい (例：半年前と比べて10kg減った)

17. アルコールやたばこをされるかたは、以下に記入して下さい。

アルコール 種類 (例：ビール、日本酒など)： _____

量： _____ /日 _____ 齢～ 齢まで

タバコ 量： _____ 本/日 _____ 齢～ 齢まで

18. 女性の方のみお答えください。

現在妊娠の可能性がありますか？ (はい いいえ)

生理は順調ですか？ (はい いいえ)

今まで流産の経験がありますか？ (はい いいえ)

19. 今までかかったことのある大きな病気を記載してください。また、今内服されているお薬も分かれば記載して下さい。

健診などで異常をいわれたことがあれば、記載して下さい。

20. 血のつながったご家族のご病気を記載してください。膠原病、リウマチの方はいらっしゃったら記載してください。

21. 薬や食べ物などのアレルギーがあった方は記載して下さい。

22. その他、何か気になる点や聞きたいことなどがある場合は記入して下さい。

ご協力ありがとうございました。