

リウマチ・膠原病内科 問診票

_____年 _____月 _____日

【お名前】 _____ 【年齢】 _____歳 【性別】 男 ・ 女 【身長】 _____cm 【体重】 _____kg

1. 本日来院された主な理由、症状は何でしょうか。

2. いつから、どのような症状が出現しましたか。

*既に他医療機関を受診された場合

受診日：20 _____年 _____月 _____日

医療機関名：

診断名：

行った検査： 血液検査 尿検査 レントゲン CT MRI その他 (_____)

3. 最近あった、もしくは現在ある症状について○で囲んでください。

発熱(最高 _____℃、 _____日間) 体重減少(_____ヵ月で _____kg減少) だるさ 寝汗 食欲低下
寒気 リンパ節腫脹(頸部 腋の下 鼠径部) 頭痛 めまい 耳鳴り 難聴 意識障害
けいれん 視力障害 複視(物が二重に見える) まぶしさ 眼の異物感 眼の乾燥感
口腔内潰瘍 口内炎 虫歯 入歯 鼻汁(透明 黄色 緑色) 鼻閉塞感 鼻出血
咳 痰(黄色 白色 緑色 血痰) 呼吸困難感 背部痛 動悸 胸痛 夜間呼吸困難感
四肢のむくみ 飲み込みづらさ 腹痛 嘔気 嘔吐(_____回/日)
下痢(_____日間 水様・軟便 黄色・白色・茶色) 便秘(_____日間) 黒色便 血便 痔
血尿 尿の泡立ち 頻尿 排尿障害(尿がでづらい) 残尿感
筋肉痛 筋力低下・脱力 肩こり 麻痺 しびれ 感覚異常
湿疹 蕁麻疹 紫斑 皮下結節(しこり) 皮膚搔痒感 脱毛 日光過敏
関節痛 関節腫脹 腰痛 レイノー症状(寒さで指が白くなる)
うつ 不安 物忘れ 不眠
その他 (_____)

4. 最近周囲で流行している病気はありますか、または同じような症状の方はいますか。

5. 服用している薬(ビタミン剤、健康食品、漢方薬を含む)はありますか。

具体的なお名前をお書きください。(薬手帳があれば、医師に提出してください)

*以下の薬を処方されている、あるいは処方されたことがある場合は○をお付けください。

<免疫抑制剤・調整剤>

プレドニゾン/プレドニン/メドロール

メトトレキサート/リウマトレックス

アザルフィジン

ブシラミン/リマチル

ケアラム/コルベット

タクロリムス/プログラフ

ネオーラル

エンドキサン

アザチオプリン/アザニン/イムラン

ブレディニン

セルセプト

プラケニル

コルヒチン

<生物学的製剤>

レミケード/インフルキシマブ

エンブレル

ヒュミラ

シムジア

シンボニー

オレンシア

アクテムラ

ゼルヤンツ

リツキサン

6. 今までのご病気についてお聞かせください。

頭頸部(副鼻腔炎 中耳炎 唾液腺炎 リンパ節炎 その他())

呼吸器(肺炎 間質性肺炎 気管支喘息 慢性気管支炎 肺気腫 気胸 その他())

心臓(高血圧症 不整脈 狭心症・心筋梗塞 弁膜症 その他())

消化器(逆流性食道炎 胃炎 潰瘍 肝炎 脂肪肝 膵炎 胆石 その他())

尿路系(尿路結石 慢性腎炎・ネフローゼ症候群 膀胱炎 蛋白尿 血尿 その他())

婦人科系(子宮内膜症 子宮筋腫 更年期障害 その他())

神経系(痙攣 脳梗塞 脳出血・くも膜下出血 髄膜炎 認知症 その他())

内分泌・代謝(糖尿病 脂質異常症 甲状腺 その他())

筋骨格系(関節炎 腰痛 脊柱管狭窄症 ヘルニア リウマチ・膠原病 その他())

血液(貧血 白血球減少 血小板減少 その他())

感染症(結核 リウマチ熱 梅毒 B型肝炎 C型肝炎 HIV 性病 その他())

精神科(うつ病 躁病 統合失調症 神経症 その他())

悪性疾患(脳 喉頭 肺 胃 大腸 肝臓 腎臓 膀胱 前立腺 乳房 子宮 卵巣

白血病 悪性リンパ腫 その他())

その他(輸血歴あり 眼科疾患 耳鼻科疾患 皮膚科疾患 その他())

7. 今まで手術をしたことはありますか。

がん 虫垂炎(盲腸) ヘルニア 胆石 扁桃腺 関節 帝王切開 その他 ()

8. 血のつながったご家族の方の病気についてお聞かせください。

脳血管障害 心筋梗塞 突然死 高血圧症 脂質異常症 糖尿病

甲状腺 アトピー 気管支喘息 痛風 肝臓病 腎臓病

片頭痛 膠原病 リウマチ 皮膚病

がん (脳 喉頭 肺 胃 大腸 肝臓 腎臓 膀胱 前立腺 乳房 子宮 卵巣

白血病 悪性リンパ腫 その他)

9. 生活習慣についてお聞かせください。

・喫煙歴： _____本/日 _____歳～ _____歳 _____歳から禁煙

・飲酒歴： 平均 ビール _____ml、日本酒 _____合、焼酎 _____合、ワイン _____杯、ウイスキー _____杯
その他 ()

・ペット飼育歴：

・海外渡航歴(6か月以内)：

・職業歴(具体的に)：

10. 薬剤や食べ物などでアレルギーはありますか。

ある場合は具体的な薬剤名・食品名と症状についてお書きください。

11. 女性の方はお答えください。

・最終生理開始日はいつですか。 20 _____年 _____月 _____日

・現在、妊娠しているのか、またその可能性はありますか？

あり (出産予定日：20 _____年 _____月 _____日) なし 不明 閉経

・現在、授乳していますか あり なし

・妊娠・出産歴についてお聞かせください。 _____回妊娠 _____回出産 _____回流産

12. この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？

はい (指摘事項： _____) ・ いいえ

13. その他お聞きしたいことなどございましたらご自由にご記入ください。

当院は、マイナンバーカードの健康保険証利用で、オンラインにて患者さんの服薬情報や健診結果等を取得・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。