リウマチ・膠原病　初診問診表　　　　平成　　　　年　　月　　日

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿電話＿＿＿＿＿＿＿＿住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記の質問について、当てはまるところに✔をしてください。（裏面もあり）

1. 最近の症状について
   1. 関節の症状　□あり（どこ　　　　　　　　　いつから　　　　　　 ）　　□なし
   2. 手を冷たいところにさらすと一部白くなる　　□あり　　　　　　　　 　 □なし
   3. 朝のこわばり　 □ あり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □なし
   4. 口腔内の乾燥、または目の乾燥　　□あり（　　　　　　　　　　　　）　 □なし
   5. 口腔内の潰瘍　　□あり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□なし
   6. 日光過敏症　　　□あり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□なし
   7. 最近の発熱　　　□あり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□なし
   8. 乾癬、または慢性の皮疹　□あり　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □なし
2. 過去の病気について
   1. B型肝炎・C型肝炎　　□あり　　　　　　　　　□なし　　　　　　　　□不明
   2. 肺の病気　　□結核　　　　□胸膜炎　　　　□肋膜炎　　　　　　　　□なし
   3. 悪性腫瘍　　□あり　（どこの　　　　　　　　いつ頃　　　　　　　）　□なし
   4. 胃潰瘍・十二指腸潰瘍　　□あり　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □なし
   5. 乾癬または慢性皮疹　　 □あり　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □なし
   6. その他　（　　　　歳頃）⇒病名　　　　　　　　　　□治療中　　　　 □良好
3. 家族歴について
   1. 関節リウマチ　　　　 □あり　　　　□なし
   2. 膠原病　　　　　　　□あり　（　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　□なし
   3. 結核　　　　　　　 □あり　　　　□なし
   4. 乾癬または慢性皮疹　□あり　　　 □なし

4.服薬中の薬

　　□あり　　⇒（薬剤名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　＊おくすり手帳があれば見せてください。

　　□なし

５．薬剤アレルギー　　□あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　□なし

６．喫煙歴　　□あり→１日　　　　　　本を　　　　　　年間　　　　　　　　　　□なし

７．飲酒歴　　□あり→１日　何を　　　　　　　どの位、週に　　　　日位。　　　　□なし