

蒲郡市民病院 リウマチ・膠原病内科問診票

記載日：令和 年 月 日

適切な診断・治療を行う上で必要な事項です。一つずつよく読んで正確にお答えください。

氏名 _____

最近の健康体重 _____ kg

出生市区町村 _____ 市・区・郡 _____ 区・町・村

1. 最近、下記のような症状がありますか？ あれば□に✓をつけ、() 内に様子を書いてください。

- | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 体重減少 (ヶ月で kg) | <input type="checkbox"/> 動くと悪化する息切れ | <input type="checkbox"/> 排尿困難や排尿時痛 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 (最高 °C、 日間) | <input type="checkbox"/> 胸 痛 (むねの痛み) | <input type="checkbox"/> 陰部の症状 |
| <input type="checkbox"/> 寝汗 | <input type="checkbox"/> 失 神 | <input type="checkbox"/> 手や足のしびれ |
| <input type="checkbox"/> 目の症状 () | <input type="checkbox"/> 飲み込みにくさ | <input type="checkbox"/> 腰や背中の痛み・こわばり |
| <input type="checkbox"/> 耳の症状 () | <input type="checkbox"/> 飲食でむせる | <input type="checkbox"/> 四肢・体幹に広がる痛み |
| <input type="checkbox"/> 鼻の症状 () | <input type="checkbox"/> 胸やけ | <input type="checkbox"/> 指が真っ白や紫になる |
| <input type="checkbox"/> 口の症状 () | <input type="checkbox"/> 便が黒い・赤い | <input type="checkbox"/> ひどい日焼け |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 脱毛 |
| <input type="checkbox"/> 痰 (白色透明・黄緑色) | <input type="checkbox"/> 下痢など便通異常 | <input type="checkbox"/> 他の皮膚症状 () |

2. 現在のあなたの身体機能に最も近い状態は下記のうちどれですか。□に✓をつけてください。

- 自分の身の回りの世話、仕事、趣味・運動・レジャーなどを含め通常の身体活動は完全にできる。
- 自分の身の回りの世話、仕事はできるが、症状により趣味・運動・レジャーなどは制限される。
- 自分の身の回りの世話はできるが、症状により仕事、趣味・運動・レジャーなどには制限される。
- 症状により自分の身の回りの世話、仕事、趣味・運動・レジャーなどすべて制限される。

(身の回りの世話とは、衣服の着脱、食事、入浴、身づくろい、排便を含みます。)

3. 点滴の抗生剤や抗ウィルス薬による感染症の治療歴はありますか。 (はい・いいえ)

「はい」と答えた方へ 感染症の診断名（肺炎や蜂窩織炎など）・入院の有無を記載ください。

年齢	病 名	入院の有無
		あり・なし
		あり・なし
		あり・なし

4. 結核（肺浸潤や肋膜炎など）の治療を受けたことがありますか？ (はい [] 才) • いいえ)
5. 身近な方などで症状のある結核患者との接触歴はありましたか？ (はい [] 才) • いいえ)
6. 帯状疱疹（たいじょうほうしん）にかかったことがありますか？ (はい [] 才) • いいえ)
7. がんや白血病・リンパ腫など悪性腫瘍の治療歴はありますか？ (はい • いいえ)

「はい」と答えた方へ 悪性腫瘍の診断名・治療歴を記載ください。

年齢	病名	手術	抗がん剤	放射線治療
		あり・なし	あり・なし	あり・なし
		あり・なし	あり・なし	あり・なし

8. 現在治療中の齲歯（虫歯）、歯周炎、歯槽膿漏はありますか？ (はい [] ・ いいえ)
9. 骨粗鬆症の診断や治療を受けていますか？ (はい [] ・ いいえ)
10. 下記の病気の診断をうけたことがありますか？ あればカッコ内に診断年齢を記載して下さい。
- | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | (才) | <input type="checkbox"/> 不整脈 | (才) | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | (才) |
| <input type="checkbox"/> 脂質異常症/高脂血症 | (才) | <input type="checkbox"/> 脳卒中 | (才) | <input type="checkbox"/> 尿路結石 | (才) |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | (才) | <input type="checkbox"/> 認知症 | (才) | <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 | (才) |
| (才) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎（ちくのう） | (才) | <input type="checkbox"/> うつ病 | (才) | <input type="checkbox"/> 椎体(背骨)圧迫骨折 | (才) |
| <input type="checkbox"/> ぜんそく | (才) | <input type="checkbox"/> 不安症/パニック障害 | (才) | <input type="checkbox"/> その他の骨折 | (才) |
| <input type="checkbox"/> 肺気腫/COPD | (才) | <input type="checkbox"/> その他神経精神疾患 | (才) | <input type="checkbox"/> 緑内障 | (才) |
| <input type="checkbox"/> 心不全 | (才) | <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 | (才) | <input type="checkbox"/> ブドウ膜炎/虹彩炎 | (才)) |
| <input type="checkbox"/> 狹心症 | (才) | <input type="checkbox"/> 大腸憩室/憩室炎 | (才) | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | (才) |
| <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 | (才) | <input type="checkbox"/> 慢性肝疾患 | (才) | <input type="checkbox"/> 乾癬（かんせん） | (才) |

11. 悪性腫瘍以外の疾患での手術歴はありますか？

年齢	手術を受けた病名または手術名

12. 血縁の方の中で、リウマチや膠原病を発症した方はいましたか？ (はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方は、人数、続柄などを具体的に書いてください。

13. 血縁の方の中で、悪性リンパ腫や白血病を発症した方はいましたか？ (はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方は、人数、続柄などを具体的に書いてください。

14. ご両親で、大腿骨近位部（下肢の付け根に近い方）を骨折した方はいますか (はい ・ いいえ)

15. これまでの職業歴を記入して下さい。（事務職、製造業、大工など）

粉塵（ほこり）吸引歴 （なし ・ あり） 有機溶媒使用歴 （なし ・ あり）

16. これまでに、ほぼ毎日下記の量*以上で2年以上の飲酒歴がありましたか？ (はい ・ いいえ)

* 日本酒なら1日2合、ビールなら500 mL 2本、ワインなら2杯

女性の方のみへの質問です。

17. 現在または1年以内に妊娠を計画していますか？ (はい ・ いいえ)

18. ピル（女性ホルモン薬）を服用していますか？ (はい ・ いいえ)

19. 妊娠、出産、自然流産の回数を教えてください。

(妊娠 回 ・ 出産 回 ・ 自然流産 回)

20. 閉経後の方へ。何歳ころに閉経しましたか。 (歳頃)

問診は以上です。受付へご提出ください。ご協力ありがとうございました。