

ご予約日 年 月 日 ( ) 診察予約 :  
: にお越し下さい

## 問診用紙記入のお願い

■ 黒のボールペンをお使いください（鉛筆は避けてください）

■ 病歴の記入は、必ずお願いいたします。

- ・ いつからどんな症状があったのか？
- ・ どこでどんな治療をしたのか？など。

※病歴の長い方は、病歴の部分だけ別紙に記載頂いても結構です。

### 紹介状のある方も・・・

過去の病歴や薬歴はとても大切な情報です。「紹介状があるから書かなくて大丈夫」と省略せず、病気とお薬の経緯で覚えていることは、必ず全てご記入ください。

■ 初診時、過去に受けた検査や検診の結果、お薬手帳などあれば全  
てお持ちください。

■ 当日は、診察や検査（レントゲン等）をすることがありますので、  
着脱しやすい服装で来院ください。 ※ストッキングやタイツは  
出来れば避けてください。マニキュア・ペディキュアは落として  
きてください。

★予約制診療につき、キャンセルや変更の際は、事前にお電話いただけ  
ますようお願い申し上げます。

# 問 診 用 紙 (記入みほん)

(下記の項目に記入、または○で囲んでください)

初診日 2013年 4月 1日 紹介状 あり なし

|      |                                    |                           |                    |                                     |
|------|------------------------------------|---------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| ふりがな | とちぎ りうま                            | 性別                        | ご職業                | 会社員・自営業・主婦<br>無職 <u>その他</u> (花屋パート) |
| お名前  | 梶木 利宇馬                             | 男・女                       |                    |                                     |
| 生年月日 | 明・大 <u>陸</u> ・平 43 年 1 月 23 日 43 歳 | 利き手はどちらですか? → <u>右</u> ・左 |                    |                                     |
| 住 所  | 〒321-0964 宇都宮市駅前通り1-1-9            | ※緊急用に、ご自身またはご家族の携帯を       |                    |                                     |
| 電 話  | 028( 615 )7700                     | 携帯など緊急連絡先                 | 090( × × × × )○○○○ |                                     |

## 1. 本日は、どうなさいましたか?一番お困りなことは何ですか?

・手指のこわばりがある、腫れている、痛みがある

## 2. 症状や経過についての質問です

(どんな症状が、いつごろから始まり、どこの医療機関を受診し、どんな治療を受けたか、またそれが有効であったかどうか、など思い出せる範囲で記載してください)

・2009年3月上旬に両側の手首、右の人差し指の第2関節、左の小指の付根の関節が腫れて痛むようになった。同時期より起床時に手指がこわばるようになった。●●病院受診し3月20日に血液検査を行ったところ、リウマトイド因子が陽性・炎症反応陽性と言われた。リウマチの疑いがあり紹介され、精査・治療のため本日受診(紹介状持参)。

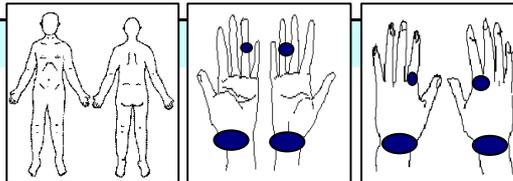
この欄は、必ず記入してください。診断がついていなくても、リウマチや膠原病のご心配で受診される際は、できるだけ詳しくお願いします。

## 3. 症状についての質問です

朝のこわばり あり ・ ない)

→ ある方は、こわばりの持続時間 ( 1 ) 時間( 30 ) 分

☆右図に、現在症状 ( 痛み・発赤・腫れている・熱を持っている、など ) のある部分を塗りつぶしてください



レイノー現象 (手を冷たいところにさらすと、一部の指に蒼白→紫色→発赤の変化が見られる。

あり ・ なし

(発赤は明らかでないことも多い)

光線過敏症 (皮膚を日光にさらすと、皮疹ができる)

あり ・ なし

脱毛

あり ・ なし

口腔内潰瘍

あり ・ なし → ありの場合 (有痛性) ・ 無痛性)

口腔内の乾燥 (口の中がねばねばする/食べ物を飲み込む時に水が必要など)

あり ・ なし

眼の異物感 (眼がゴロゴロする、ドライアイなど)

あり ・ なし

緑内障

あり ・ なし

腰痛 あり ・ なし → ありの場合 (いつからですか? 2008年4月頃から)

自然流産・早産 (女性のみ)

あり ・ なし

前立腺の治療 (男性のみ)

あり ・ なし

輸血を受けたことがありますか?

あり ・ なし

## 4. B型肝炎またはC型肝炎といわれたことがありますか? ( あり ・ なし )

→ありの場合は詳しく教えてください・・・ ( ) 歳の時

## 5. 過去に結核と言われたことはありますか? ( あり…( )歳の時 ・ なし )

家族で結核にかかった方はおられますか?

( ○ ) いる → 祖父 ( ) いない

結核にかかった人と接触されたことはありますか?

( ○ ) ある…(20)歳の時 ( ) ない

## 6. 乾癬にかかったことがありますか? ( あり ・ なし )

家族で乾癬にかかった方はおられますか?

( ○ ) いる → 姉 ( ) いない

## 7. 胃潰瘍、十二指腸潰瘍にかかったことがありますか? ( あり ・ ない )

→ありの場合は詳しく教えてください・・・ ( 25 ) 歳の時 (胃潰瘍) ・ 十二指腸潰瘍 )

## 8. 上記の病気以外に、現在治療中または過去に病気をしたことがありますか? ( はい ・ いいえ )

| 何歳の頃ですか | 病 名   | どのような治療をしましたか(投薬・入院・手術等) | 病院名     | 現在の状態           |
|---------|-------|--------------------------|---------|-----------------|
| 25 歳の頃  | 胃潰瘍   | 投薬                       | ●●病院    | <u>良好</u> ・ 治療中 |
| 30 歳の頃  | ドライアイ | 目薬(ヒアレインミニ点眼)            | ▲▲クリニック | 良好 ・ <u>治療中</u> |
| 35 歳の頃  | 高血圧   | 投薬(ルバスク内服中)              | ■■医院    | 良好 ・ <u>治療中</u> |
| 歳の頃     |       |                          |         | 良好 ・ 治療中        |

9. 血縁にリウマチ・膠原病の方はいますか？ (○)いる ( )いない

→いるの場合は詳しく教えてください・・・(母)が(関節リウマチ)50歳で発症

10. 血縁に大腿骨骨折をされた方はいますか？ (○)いる ( )いない

→いる場合は詳しく教えてください・・・(母方の祖父)が(85歳の時骨折し、その後寝たきりになった)

11. 薬剤歴(これまでに受けた薬物療法について教えてください。)

(1) 抗リウマチ薬

| 製品名(薬剤名)                   | 投与量       | 使用期間                | 効果    | 中止した場合その理由                 |
|----------------------------|-----------|---------------------|-------|----------------------------|
| シオゾール<br>(注射用金製剤)          | mg/月      | 年 月～ 年 月            | 有効・無効 | 副作用(具体的に効果不十分・その他( ))      |
| リマチル<br>(フシラミン)            | mg/日      | 年 月～ 年 月            | 有効・無効 | 副作用(具体的に効果不十分・その他( ))      |
| アザルフィジンEN<br>(サラソスルファヒリジン) | 1000 mg/日 | 2009年 12月～ 2010年 2月 | 有効・無効 | 副作用(具体的に肝機能障害)効果不十分・その他( ) |
| リウマトレックス<br>(メトトレキサート)     | 8 mg/週    | 2010年 3月～ 年 月       | 有効・無効 | 副作用(具体的に効果不十分・その他( ))      |
| その他<br>(薬剤名: )             | mg/日      | 年 月～ 年 月            | 有効・無効 | 副作用(具体的に効果不十分・その他( ))      |

(2) ステロイド薬

| 薬品名           | 最大服用量  | 維持量   | 使用期間          | 中止した場合その理由            |
|---------------|--------|-------|---------------|-----------------------|
| プレドニン/プレドニソロン | 10mg/日 | 5mg/日 | 2009年 4月～ 年 月 | 副作用(具体的に効果不十分・その他( )) |

(3) 生物学的製剤を使用したことが(ある)・ない

|                    |                |       |                       |
|--------------------|----------------|-------|-----------------------|
| (○)レミケード(インフリキシマブ) | 2010年 11月～ 年 月 | 有効・無効 | 副作用(具体的に効果不十分・その他( )) |
| ( )エンブレル(エタネルセプト)  | 年 月～ 年 月       | 有効・無効 | 副作用(具体的に効果不十分・その他( )) |
| ( )ヒュミラ(アダリムマブ)    | 年 月～ 年 月       | 有効・無効 | 副作用(具体的に効果不十分・その他( )) |
| ( )アクテムラ(トシリズマブ)   | 年 月～ 年 月       | 有効・無効 | 副作用(具体的に効果不十分・その他( )) |
| ( )オレンシア(アバタセプト)   | 年 月～ 年 月       | 有効・無効 | 副作用(具体的に効果不十分・その他( )) |
| ( )シンボニー(ゴリムマブ)    | 年 月～ 年 月       | 有効・無効 | 副作用(具体的に効果不十分・その他( )) |

(4) 関節注射を受けたことが(ある)・ない →ある場合、その部位:(右膝)

(5) 肺炎球菌ワクチンを打ったことが(ある)・ない →ある場合、打った日:(2016年1月4日)(2回目)

12. 上記以外の薬で、現在飲んでいる薬はありますか？

(○)はい ⇒ お薬の名前をおしえてください。また、いつから服用していますか？  
( )いいえ ⇒ 35歳～ルバスク5mg1錠朝1回

13. 今までに、食品や薬で発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなった事がありますか？

( )はい ⇒ どのような食品・薬でしたか？そのときの症状はどのようなでしたか？(発疹、気分不良・・・等)  
(○)いいえ ⇒

14. 健康食品やサプリメント・ドリンク等を飲んでいますか？

(○)はい ⇒ 名前を教えてください リポビタミンドリンク・グルコサミン ( )いいえ

15. たばこを吸った事がありますか？

(○)はい → 現在1日( )本 × ( )年間 ・ 以前(20)歳～(25)歳まで1日(10)本吸っていた  
( )いいえ → 吸った事はない( )

16. お酒を飲みますか？飲む方は何を一日あたりどのくらい飲みますか？

現在 飲まない(○)・飲む( ) → 酒類( )を1日( )ml程度(毎日、週1～2、週3～4、週5～6)  
過去 飲まない( )・飲む(○) → 過去に今よりも大量に飲酒する習慣があった方は教えてください  
→ 酒種(ワイン)を一日(1500)ml程度(毎日)週1～2、週3～4、週5～6

17. 女性の方へ

(○)月経あり(前回 3月 20日 ～ 3月 27日 順調・不調)  
( )月経なし ・ 妊娠( )ヶ月 ・ 手術 ・ 閉経( )歳 ・ ( )授乳中

18. ご説明

当院では、診療の最適化を図り、医療の進歩に貢献するため、当院の通院終了後もその後の経過などについて電話でお尋ねさせていただくことがまれにありますのでご了承ください。

(○)同意する ・ ( )同意しない ご了承( 栃木 利宇馬 )

# 問診用紙

ID:

HBs抗原( ) HCV抗体( ) 抗CCP抗体( ) / /  
 初診日 20 年 月 日 紹介状 あり なし

(下記の項目に記入、または○で囲んでください)

|      |                 |                   |     |                         |
|------|-----------------|-------------------|-----|-------------------------|
| ふりがな |                 | 性別                | ご職業 | 会社員・自営業・主婦<br>無職・その他( ) |
| お名前  |                 | 男・女               |     |                         |
| 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 歳   | 利き手はどちらですか? → 右・左 |     |                         |
| 住所   | 〒 _____ - _____ |                   |     |                         |
| 電話   | ( )             | 携帯など緊急連絡先         | ( ) |                         |

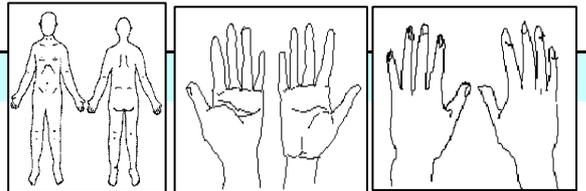
## 1. 本日は、どうなさいましたか?一番お困りなことは何ですか?

## 2. 症状や経過についての質問です

(どんな症状が、いつごろから始まり、どこの医療機関を受診し、どんな治療を受けたか、またそれが有効であったかどうか、など思い出せる範囲で記載してください)

## 3. 症状についての質問です

朝のこわばり (ある・ない) → ある方は持続時間 ( ) 時間 ( ) 分  
 ☆右図に、現在症状 (痛み・発赤・腫れている・熱を持っている、など) のある部分を塗りつぶしてください



|  |                            |
|--|----------------------------|
| レイノー現象 (手を冷たいところにさらすと、一部の指に蒼白→紫色→発赤の変化が見られる。<br>(発赤は明らかでないことも多い) | あり ・ なし                    |
| 光線過敏症 (皮膚を日光にさらすと、皮疹ができる)  | あり ・ なし                    |
| 脱毛   | あり ・ なし                    |
| 口腔内潰瘍  | あり ・ なし → ありの場合 (有痛性・無痛性)  |
| 口腔内の乾燥 (口の中がねばねばする/食べ物を飲み込む時に水が必要など)                             | あり ・ なし                    |
| 眼の異物感 (眼がゴロゴロする、ドライアイなど)   | あり ・ なし                    |
| 緑内障  | あり ・ なし                    |
| 腰痛   | あり ・ なし → ありの場合 (いつからですか?) |
| 自然流産・早産 (女性のみ)   | あり ・ なし                    |
| 前立腺の治療 (男性のみ)  | あり ・ なし                    |
| 輸血を受けた事がありますか?   | あり ・ なし                    |

## 4. B型肝炎またはC型肝炎と言われたことがありますか? (ある ・ ない)

→ありの場合は詳しく教えてください・・・ ( ) 歳の時

## 5. 過去に結核と言われたことがありますか? (ある...( )歳の時 ・ ない)

家族で結核にかかった方はおられますか? ( ) いる ( ) いない  
 結核にかかった人と接触されたことはありますか? ( ) ある...( ) 歳の時 ( ) ない

## 6. 乾癬にかかったことがありますか? (ある ・ ない)

家族で乾癬にかかった方はおられますか? ( ) いる ( ) いない

## 7. 胃潰瘍、十二指腸潰瘍にかかったことがありますか? (ある ・ ない)

→ありの場合は詳しく教えてください・・・ ( ) 歳の時 (胃潰瘍・十二指腸潰瘍)

## 8. 上記の病気以外に、現在治療中または過去に病気をしたことがありますか? (はい・いいえ)

| 何歳の頃ですか | 病名 | どのような治療をしましたか(投薬・入院・手術等) | 病院名 | 現在の状態    |
|---------|----|--------------------------|-----|----------|
| 歳の頃     |    |                          |     | 良好 ・ 治療中 |
| 歳の頃     |    |                          |     | 良好 ・ 治療中 |
| 歳の頃     |    |                          |     | 良好 ・ 治療中 |
| 歳の頃     |    |                          |     | 良好 ・ 治療中 |
| 歳の頃     |    |                          |     | 良好 ・ 治療中 |

9. 血縁にリウマチ・膠原病の方はいますか？ ( ) いる ( ) いない

→いるの場合は詳しく教えてください・・・ ( ) が ( )

10. 血縁に大腿骨骨折をされた方はいますか？ ( ) いる ( ) いない

→いるの場合は詳しく教えてください・・・ ( ) が ( )

11. 薬剤歴 (これまでを受けた薬物療法について教えてください。)

| (1) 抗リウマチ薬                 |      |           |     |         |                            |
|----------------------------|------|-----------|-----|---------|----------------------------|
| 製品名(薬剤名)                   | 投与量  | 使用期間 (西暦) |     | 効果      | 中止した場合その理由                 |
| シオゾール<br>(注射用金製剤)          | mg/月 | 年 月       | 年 月 | 有効 ・ 無効 | 副作用(具体的に<br>効果不十分・その他( ) ) |
| リマチル<br>(ブシラミン)            | mg/日 | 年 月       | 年 月 | 有効 ・ 無効 | 副作用(具体的に<br>効果不十分・その他( ) ) |
| アザルフィジンEN<br>(サラソスルファピリジン) | mg/日 | 年 月       | 年 月 | 有効 ・ 無効 | 副作用(具体的に<br>効果不十分・その他( ) ) |
| リウマトレックス<br>(メトトレキサート)     | mg/週 | 年 月       | 年 月 | 有効 ・ 無効 | 副作用(具体的に<br>効果不十分・その他( ) ) |
| その他<br>(薬剤名: )             | mg/日 | 年 月       | 年 月 | 有効 ・ 無効 | 副作用(具体的に<br>効果不十分・その他( ) ) |

| (2) ステロイド薬   |       |      |           |                            |
|--------------|-------|------|-----------|----------------------------|
| 薬品名          | 最大服用量 | 維持量  | 使用期間      | 中止した場合その理由                 |
| プレドニン/プレドニゾン | mg/日  | mg/日 | 年 月 ~ 年 月 | 副作用(具体的に<br>効果不十分・その他( ) ) |

| (3) 生物学的製剤を使用したことが ( ある ・ ない )                  |     |     |         |                            |
|---|-----|-----|---------|----------------------------|
| ( ) レミケード (インフリキシマブ) ・<br>( ) エンブレル (エタネルセプト) ・ | 年 月 | 年 月 | 有効 ・ 無効 | 副作用(具体的に<br>効果不十分・その他( ) ) |
| ( ) ヒュミラ (アダリムマブ) ・<br>( ) アクテムラ (トシリズマブ) ・     | 年 月 | 年 月 | 有効 ・ 無効 | 副作用(具体的に<br>効果不十分・その他( ) ) |
| ( ) オレンシア (アバタセプト) ・<br>( ) シンボニー (ゴリムマブ) ・     | 年 月 | 年 月 | 有効 ・ 無効 | 副作用(具体的に<br>効果不十分・その他( ) ) |

(4) 関節注射を受けたことが ( ある ・ ない ) →ある場合、その部位: ( )

(5) 肺炎球菌ワクチンを打ったことが ( ある ・ ない ) →ある場合、打った日: ( 年 月 日 ) ( 回目 )

12. 上記以外の薬で、現在飲んでいる薬はありますか？

( ) はい ⇒ お薬の名前をおしえてください。また、いつから服用していますか？

( ) いいえ

13. 今までに、食品や薬で発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなった事がありますか？

( ) はい ⇒ どのような食品・薬でしたか？そのときの症状はどのようでしたか？ (発疹、気分不良・・・等)

( ) いいえ

14. 健康食品やサプリメント・ドリンク等を飲んでいますか？

( ) はい ⇒ 名前を教えてください ( ) いいえ

15. たばこを吸った事がありますか？

( ) はい → 現在1日 ( ) 本 × ( ) 年間 ・ 以前 ( ) 歳 ~ ( ) 歳まで1日 ( ) 本吸っていた

( ) いいえ → 吸った事はない

16. 現在・過去にお酒を飲む・飲んでいましたか？飲む方は何をどのくらい飲みますか？

現在 飲まない( ) ・ 飲む( ) → 酒類 ( ) を1日 ( ) ml程度 (毎日、週1~2、週3~4、週5~6)

過去 飲まない( ) ・ 飲む( ) → 過去に今よりも大量に飲酒する習慣があった方は教えてください

→ 酒種 ( ) を一日 ( ) ml程度 (毎日、週1~2、週3~4、週5~6)

17. 女性の方へ

( ) 月経あり (前回 月 日 ~ 月 日 順調・不調)

( ) 月経なし ・ 妊娠 ( ) ヶ月 ・ 手術 ・ 閉経 ( ) 歳 ・ ( ) 授乳中

18. ご説明

当院では、診療の最適化を図り、医療の進歩に貢献するため、当院の通院終了後もその後の経過などについて電話でお尋ねさせていただくことがまれにありますのでご了承ください。

( ) 同意する ・ ( ) 同意しない ご了承 ( )

# ～日常生活動作に関する質問表です～

病気の程度や治療の効果を評価するために必要となります。関節リウマチと診断された方、関節症状のある方は月に1度の記入をお願いします。  
下記の日常生活動作について、あなたの最近の状態について○印をつけて下さい。

| 氏名          |  | 様 |  | 年 月 日           |                |               |              | スコア<br>(クリニック記入欄) |
|-------------|--|---|--|-----------------|----------------|---------------|--------------|-------------------|
|             |  |   |  | 何の困難もない<br>(0点) | いくらか困難<br>(1点) | かなり困難<br>(2点) | できない<br>(3点) |                   |
| 衣服着脱<br>身支度 | 靴ひも結び、ボタン掛けも含め、自分で身支度ができますか              |   |  |                 |                |               |              | ☆                 |
|             | 自分で洗髪できますか                               |   |  |                 |                |               |              |                   |
| 起立          | 肘なし、背もたれの垂直な椅子から立ち上がれますか                 |   |  |                 |                |               |              |                   |
|             | 就寝、起床の動作ができますか                           |   |  |                 |                |               |              | ☆                 |
| 食事          | 皿の肉を切ることができますか                           |   |  |                 |                |               |              |                   |
|             | いっぱいに入っている茶碗やコップを口元まで運べますか               |   |  |                 |                |               |              | ☆                 |
|             | 新しい牛乳パックの口をあけられますか                       |   |  |                 |                |               |              |                   |
| 歩行          | 戸外で平坦な地面を歩けますか                           |   |  |                 |                |               |              | ☆                 |
|             | 階段を5段登れますか                               |   |  |                 |                |               |              |                   |
| 衛生          | 全身を洗い、タオルで拭くことができますか                     |   |  |                 |                |               |              | ☆                 |
|             | 浴槽につかることができますか                           |   |  |                 |                |               |              |                   |
|             | トイレに座ったり立ったりできますか                        |   |  |                 |                |               |              |                   |
| 伸展          | 頭上にある約2.3kg(例:砂糖の袋)のものに手を伸ばして掴み、下に降ろせますか |   |  |                 |                |               |              |                   |
|             | 腰を曲げ床にある衣類を拾い上げられますか                     |   |  |                 |                |               |              | ☆                 |
| 握力          | 自動車のドアを開けられますか                           |   |  |                 |                |               |              |                   |
|             | 広口のビンの蓋を開けられますか                          |   |  |                 |                |               |              |                   |
|             | 水道の蛇口の開閉ができますか                           |   |  |                 |                |               |              | ☆                 |
| 活動          | 用事や、買い物で出掛けることができますか                     |   |  |                 |                |               |              |                   |
|             | 車の乗り降りができますか                             |   |  |                 |                |               |              | ☆                 |
|             | 掃除機をかけたり、庭掃除などの家事ができますか                  |   |  |                 |                |               |              |                   |

※補助具や装具を使わない時のあなたの状態についてお答えください。お手数ですがご協力のほど、よろしくお願いします。