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（採血やレントゲン等）をおこないますので、**着脱しやすい服装で来院ください。**

ワンピース、スキニーパンツ、ストッキング、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

（下記の項目に記入、または〇で囲んでください）

初診日 20　年　月　日　紹介状　あり　なし　ID:

HBs抗原(　)　HCV抗体(　)　抗CCP抗体(　)　/　/

ふりがな	とちぎ　りうま	性別	ご職業	会社員・自営業・主婦 無職・その他（花屋パート）
お名前	栃木　利宇馬	男・女		
生年月日	大・昭・平　34 年　1 月　23 日　60 歳	利き手はどちらですか？　→　右・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（××××）〇〇〇〇	

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）

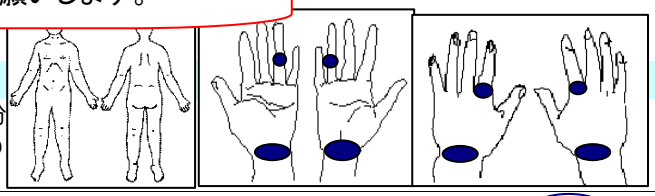
・2009年3月上旬に両側の手首、右の人差し指の第2関節、左の小指の付根の関節が腫れて痛むようになった。同時期より起床時に手指がこわばるようになった。●●病院受診し3月20日に血液検査を行ったところ、リウマトイド因子が陽性・炎症反応陽性と言われた。リウマチの疑いがあり紹介され、精査・治療のため本日受診（紹介状持参）。

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（ある・ない）→ ある方は持続時間（ 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。（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？ 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はありますか？（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？（〇）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？（〇）ある…(20)歳の時　(　)ない

6. 乾癬にかかったことがありますか？（ある・ない）

家族で乾癬にかかった方はおられますか？（〇）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？（ある・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	良好 治療中(最終受診　年　月頃)
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 治療中(最終受診 2020年 10月頃)
35 歳の頃	高血圧	投薬(ノルバスク内服中)	■■医院	良好 治療中(最終受診 2020年 12月頃)
歳の頃				良好 治療中(最終受診　年　月頃)
歳の頃				良好 治療中(最終受診　年　月頃)

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. 血縁にがんの方はいますか？ （ いる ・ いない ）

→いる場合は詳しく教えてください・・・（ 叔母 ）が（ 乳がん 55歳で発症 ）

12. 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（西暦）	効果	中止した場合その理由
シオゾール（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（ブシラミン）	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（サラゾスルファピリジン）	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（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（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/プレドニゾロン	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）・ ( ) エンブレル（エタネルセプト）・ ( ) ヒュミラ（アダリムマブ）・ ( ) アクテムラ（トシリズマブ）・ ( ) オレンシア（アバタセプト）・ ( ) シンポニー（ゴリムマブ）・	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( )
	年 月～ 年 月	有効 ・ 無効	副作用(具体的に) 効果不十分・その他( )
	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 ） →あるの場合、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 ） →あるの場合、打った日：（ 2016 年 1月 4 日）（ 2 回目）

13. 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～ノルバスク5mg1錠朝1回

14. 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

15. 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 ⇒ 名前を教えて下さい リポビタンドリンク・グルコサミン （ ）いいえ

16. 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

17. 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（ ワイン ）を1日（ 1500 ）ml程度 (毎日、 (週1～2) 週3～4、 週5～6)

18． 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

19. 介護認定を受けていますか？

(○)はい → 認定されている等級に○をつけてください 要支援1･要支援2 要介護1・要介護2・要介護3･要介護4･要介護5

( )いいえ → 受けていない

20. この1年間で健診(特定健診・高齢者健診)を受けましたか？

(○)はい → （ 11月頃 、 指摘事項： 貧血 ）

( )いいえ

21. 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 ご署名（ 栃木 利宇馬 ）

○当院は、マイナンバーを利用した「オンライン資格確認システム」を導入しています。
「オンライン資格確認システム」を通じて診療情報を取得・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。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

（○）同意する ⇒ 初診受付時にマイナンバーカードにて受付をお願いいたします ・ （ ）同意しない

＊問診内容は当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします。

栃木リウマチ科クリニック

問　診　用　紙

初診日 20　　年　　月　　日　紹介状　あり　なし　ID:

（下記の項目に記入、または○で囲んでください）　VAS(　　)　SPO2(　　%)　RR(　　)

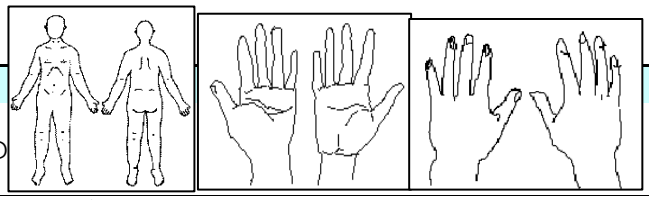
ふりがな		性別	ご職業	会社員・自営業・主婦 無職・その他（　　）
お名前		男・女		
生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日　　歳	利き手はどちらですか？　→　右・左		
住　所	〒　　－			
電　話	（　　）	携帯など緊急連絡先	（　　）	

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。（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はありますか？　（　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(最終受診　年　月頃)
歳の頃				良好 治療中(最終受診　年　月頃)
歳の頃				良好 治療中(最終受診　年　月頃)
歳の頃				良好 治療中(最終受診　年　月頃)
歳の頃				良好 治療中(最終受診　年　月頃)

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　）

→いる場合は詳しく教えてください・・・（　　）が（　　）

11. 血縁にがんの方はいますか？　（　いる　・　いない　）

→いる場合は詳しく教えてください・・・（　　）が（　　）

12. 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（西暦）	効果	中止した場合その理由
シオゾール（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（ブシラミン）	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（サラゾスルファピリジン）	mg/日	年　月～　年　月	有効　・　無効	副作用(具体的に　　) 効果不十分・その他(　　)
リウマトレックス（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　　) 効果不十分・その他(　　)
その他（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/プレドニゾロン	mg/日	mg/日	年　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）・ （　）エンブレル（エタネルセプト）・ （　）ヒュミラ（アダリムマブ）・ （　）アクテムラ（トシリズマブ）・ （　）オレンシア（アバタセプト）・ （　）シンポニー（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(　　)
	年　月～　年　月	有効　・　無効	副作用(具体的に　　) 効果不十分・その他(　　)
	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　）　→あるの場合、その部位：（　　）

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

13. 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

14. 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

15. 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　⇒　名前を教えて下さい　　（　）いいえ

16. 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

17. 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1日（　）ml程度　(毎日、　週1～2、　週3～4、　週5～6)

18．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

19. 介護認定を受けていますか？

（　）はい →　認定されている等級に○をつけてください　要支援1･要支援2　要介護1・要介護2・要介護3･要介護4･要介護5

（　）いいえ　→　受けていない

20. この1年間で健診(特定健診・高齢者健診)を受けましたか？

（　）はい　→　（　月頃 、 指摘事項：　）

（　）いいえ

21. 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　　ご署名（　　）

○当院は、マイナンバーを利用した「オンライン資格確認システム」を導入しています。
「オンライン資格確認システム」を通じて診療情報を取得・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。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

（　）同意する ⇒ 初診受付時にマイナンバーカードにて受付をお願いいたします　・　（　）同意しない

☐とちまる確認(済生会・獨協・自治・がんｾﾝ・獨協日光・那須赤・芳賀赤・足利赤・石橋・上都賀・新小山市民・佐野市民・菅間記念 / 該当なし)

＊問診内容は当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします。

栃木リウマチ科クリニック

～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〇印をつけて下さい。

年　　月　　日

氏名　　様

		何の困難もない（0点）	いくらか困難（1点）	かなり困難（2点）	できない（3点）	スコア（クリニック記入欄）
衣服着脱身支度	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					
	いっぱいに水が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：ペットボトル）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。

合計

HAQ

栃木リウマチ科クリニック

当院をはじめて受診する方へ

リウマチや膠原病を調べるには、色々な検査をします。

当院で初診時にそれらの検査をした場合の平均金額は、以下の通りです。

（※３割負担の場合の平均金額です）

■血液検査一式 ＋ レントゲン撮影（枚数）が多い方

・・・１万５千円～２万円前後

■血液検査一式 ＋ レントゲン撮影なし or レントゲン撮影（枚数）が少ない方

・・・・７千円～１万円前後

※当院は保険医療機関です。厚労省の定める保険点数に準じて計算いたします。

其々の症状によって必要な検査は違って来ますので、あくまでも目安とお考えください。

金額についてご説明を希望される方は、診察の際に気兼ねなく医師にご相談ください。

電子カルテを用いて、その場で概算を出すことができます。

栃木リウマチ科クリニック

提携駐車場のご案内　以下の駐車場を提携しております。

※タイムズ宇都宮駅前通り第３・５・７は駐車サービス券の関係で自己負担が発生する可能性もございます。ご了承くださいますようお願いいたします。

★診察にかかった時間（予約時間 20 分前～お会計まで）の駐車サービス券を発行いたします。

入庫から出庫までの時間ではございません。

★患者さん１人に付き１台分の駐車サービス券を発行いたします。
※ご家族と別々の車でいらしても１台分しかお出し出来ませんので、複数人でお越しの際はご注意ください。

★「第一鈴亀商会の駐車場」

入庫したら、駐車場で車のキーを預けて駐車券を貰って来てください。
お帰りの際、受付で認印を押します。
※１F フクシ薬局をご利用になっても駐車券を貰う必要はありません。

・・・

毎月最初の診療日には、
マイナンバーカードを
お持ちください

健康保険法施行規則第 53 条、保険医療機関及び保険医療養担当規則第 3 条で定められています。

マイナンバーカードをお持ちでない場合はその日の診療に健康保険を使うことができません。原則として全額自費でお支払いいただくことになります。

後日、マイナンバーカードをお持ち頂き保険情報を確認後、当院または健康保険組合より保険適用分の差額が返金となります。

ご不明な点は、受付までお問い合わせください。

栃木リウマチ科クリニック