

問診票(リウマチ・膠原病)②(他院で治療経験のある方のみ)

氏名

関節リウマチの方は以前の抗リウマチ薬の使用歴についてわかる範囲でお聞かせください  
 使用歴のある薬剤に○を、副作用のあった薬剤に×をつけてください

以前使用	現在使用中	薬剤名	mg/日	期間	副作用
		プレドニン(副腎皮質ステロイド)			
		メソトレキサート(リウマトレックス、メトレート)			
		アザルフィジン			
		リマチル(ブシラミン)			
		プログラフ(タクロリムス)			
		アラバ			
		リドーラ			
		ケアラム/コルベット			
		ブレディニン			
		メタルカプターゼ			
		シオゾール			
		モーバー/オークル			
		ゼルヤンツ			
		ミノマイシン			
		その他			
		レミケード			
		エンブレル			
		ヒュミラ			
		アクテムラ			
		オレンシア			
		シンポニー			
		シムジア			

膠原病の方は以前のお薬の使用歴についてわかる範囲でお聞かせください  
 使用歴のある薬剤に○を、副作用のあった薬剤に×をつけてください

以前使用	現在使用中	薬剤名	mg/日	期間	副作用
		プレドニン(副腎皮質ステロイド)			
		イムラン			
		プログラフ			
		ネオオーラル(シクロスポリン)			
		メソトレキサート(リウマトレックス、メトレート)			
		アザルフィジン			
		ブレディニン			
		エンドキサン			
		サリグレン サラジェン エポザック			
		コルヒチン			
		その他			
		レミケード			
		ヒュミラ			
		アクテムラ			
		プラケニル			
		セルセプト			

他院や健診で以下の検査をしたことがあれば、ご記入ください

B型肝炎 陰性( 年 月頃) 陰性 治療中または経過観察中 不明  
 肺結核(ツベルクリン反応) 陰性( 年 月頃) 陰性 治療中または経過観察中 不明