

問診票(リウマチ・膠原病)①(初診)

氏名

最近の症状について (該当するものを○で囲ってください)

不明熱 (最高 度) いつ頃から( )

体重減少 ( )ヵ月で( )Kg減少

関節痛 朝の手のこわばり 関節の腫れ 腰痛 腱鞘炎

筋力低下 手足のしびれ 感覚低下 筋肉痛

口の渇き 眼の渇き

口内炎 口内潰瘍 陰部潰瘍

腹痛 胃の痛み 下痢( 回/日) 黒色便 血便

紅斑 紫斑 皮膚炎(湿疹) かゆみ じんましん 日光過敏 脱毛

レイノー現象(寒さで指が白くなる) 手足のむくみ 指の冷え(しもやけなど)

動悸 胸痛 呼吸困難 咳 痰(色:黄色、白色、緑色、血痰)

頭痛 めまい 耳鳴り 視力低下 聴力低下 けいれん 意識を失う

周囲で流行している病気はありますか?また、同じような症状の方はいますか?  
(例)リンゴ病など

服用しているビタミン剤や健康食品はありますか?  
(例)青汁 コンドロイチンなど

※関節痛のある方は下の図に印をつけてください。

