



年 月 日

リウマチ・膠原病外来 初診問診票

お名前 _____

本日はどうされましたか？

(_____)

いつからその症状はありますか？

(_____)

当院以外の医療機関は受診されましたか？

(はい、いいえ) → 「はい」の方 _____ に受診

これまでにかかった病気(詳細に):

(_____)

現在の内服・注射薬:

(_____)

ご職業:

(_____)

膠原病の家族歴 あり ・ なし 「あり」の方は下に記入を

(_____)

◆ 該当項目に○印を付けてください。

食物アレルギー（ありの方は食品名: _____）	あり ・ なし
薬物アレルギー（ありの方は薬品名: _____）	あり ・ なし
アレルギー性鼻炎	あり ・ なし
ぜんそく	あり ・ なし
花粉症	あり ・ なし
眼科の病気 →ありの方（ _____ ）	あり ・ なし
妊娠の可能性 最終月経: _____ 年 _____ 月 _____ 日より _____ 日間	あり ・ なし
授乳	あり ・ なし

◆ 最近の予防接種歴

インフルエンザウイルスワクチン	毎年施行している・施行したことがない
肺炎球菌ワクチン(ニューモバックスなど、)	_____ 年 _____ 月に施行済・施行したことがない

◆ がん検診 (受けたことがある、受けたことがない)

→「受けたことがある」方 年 月受診

下記該当項目に○印をつけてください。

	胃がん検診(バリウム、胃カメラ)	
	大腸がん検診(便検査、大腸バリウム、大腸カメラ)	
	肺がん検診(レントゲン、CT、PET)	
	肝臓・膵臓がん検診(エコー、CT、PET)	
	前立腺がん検診(男性のみ)	?
	乳がん検診(女性のみ)	
	子宮がん検診(女性のみ)	

◆ 生活歴:

喫煙歴 _____本/日 _____年間 (禁煙者: _____歳時禁煙)		あり ・ なし
飲酒歴 1日に _____ (例:1日缶ビール 500ml 1本)		あり ・ なし
住居	鉄筋一戸建て・木造一戸建て(築 _____年)・マンション	
住居環境: 近くに(山、川)	あり ・ なし ・ 都市部	
ペットの飼育(ペット種類: _____)	あり ・ なし	
生もの摂取 (生レバー、牛・鳥ユッケ、どじょうの踊り食いなど)	あり ・ なし	
山への立ち入り(ここ1ヶ月以内に)	あり ・ なし	
海外旅行(半年~1年以内に) _____年 _____月に _____へ渡航	あり ・ なし	
国内旅行(半年~1年以内に) _____年 _____月に _____へ旅行	あり ・ なし	
ここ2ヶ月で温泉に入った _____年 _____月に _____県 _____温泉へ	あり ・ なし	
輸血をされた事がありますか _____年 _____のため輸血をした。	あり ・ なし	
不特定多数のパートナーとの性交渉	あり ・ なし	

◆ 呼吸器症状:

咳がよく出る	あり ・ なし
痰がよく出る →「あり」と答えた方 何色の痰が出ますか? _____色	あり ・ なし

◆ 皮膚粘膜症状:

日に当たると真っ赤になる	あり ・ なし
口内炎	あり ・ なし
陰部の有痛性皮疹	あり ・ なし
鼻血がよく出る	あり ・ なし
手指・足趾が寒冷時など真っ白になる	あり ・ なし
「グー」がしにくい	あり ・ なし
口腔内・眼が乾燥しやすい	あり ・ なし
パン・クッキーを水なしでは食べられない	はい ・ いいえ

◆ 筋・関節症状:

朝のこわばり	あり ・ なし
筋肉の痛みがありますか	あり ・ なし
物を持つのが困難ですか	あり ・ なし
関節の腫れ・痛みがありますか	あり ・ なし

「あり」の方はどこが痛みますか？（腫れ:○印、痛み:×印で書いて下さい）

