

感染症リウマチ内科リウマチ問診票

看護師記入時間 () : ()
体温 () °C 血圧 () / () mmHg
脈拍 () 回/分
呼吸数 () 回/分 Spo2 () %
紹介状持参 無 ・ 有 ()
かかりつけ医 無 ・ 有 ()
持参資料 無 ・ 有 ()
付き添い 無 ・ 有 ()

お名前	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 生まれ () 歳
職業	身長 cm 体重 kg
【女性のみ】妊娠:していない ・ 可能性あり ・ している()週 ・ 授乳中	

薬手帳 あり ・ なし (要スキャナ)

●いつから、どのような症状がありますか？

発熱 () °C ・ 咳 ・ 痰 ・ 息苦しい ・ 関節痛 () ・ こわばり
腰痛 ・ 頻尿 ・ 血尿 ・ 口のかわき ・ 目のかわき ・ 口内炎 ・ 腹痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 血便
頭痛 ・ 筋力の低下 ・ 筋肉痛 ・ 目がみえにくい ・ 発疹 ・ 日光に過敏 ・ むくむ ・ 動悸 ・ しびれ
指が冷えると白や青・赤色になる ・ その他 ()
(いつから、どのようなことが起こりましたか？)

●現在治療中または今までかかったことのある病気・手術・輸血等がありましたら教えてください。

病気: がん () ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳卒中 (脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血)
喘息 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ リウマチ・膠原病 ・ 肝炎 ・ 腎臓病 ・ 血液の病気
甲状腺の病気 ・ 感染症・結核
その他 ()
※血縁者の中で上記病気にかかれた方はいますか？
どなた () が、いつ () 病名 ()
手術: いつ () 術名 ()
輸血: なし ・ あり

●現在、飲んでいる薬や外用薬はありますか？

ない ・ ある (薬手帳の無・忘れた方は下記に記載)

()

●アレルギーはありますか？

ない ・ ある (下記に記載)

気管支喘息 ・ 花粉症 ・ 食物 () ・ 薬 () ・ 造影剤

●生活歴について伺います。

喫煙・・・(吸わない ・ やめた ・ 吸う) () 本/日 () 歳～ () 歳まで)
飲酒・・・(飲まない ・ やめた ・ 飲む) 種類 () 量 () 合 () mL
() 歳～ () 歳まで () 回/週 ・ 月 ()

●健康診断で 異常をいわれたことがありますか？

なし ・ ある (下記にご記入ください)

()

●マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか？

はい ・ いいえ