

氏名	年齢	診察券番号	血圧	体温
			脈拍	体重 SpO <sub>2</sub>

☆本日来院された主な理由を教えてください。

☆いつから、どんな症状がありますか。また、他の症状もあれば同様に教えてください。

☆最近見られている症状で、当てはまるものに○を付けてください。

- 熱( 日くらい前から、最高 °C)      咳( 日くらい前から)  
 痰( 日くらい前から、白・黄色・緑・茶色・血痰)      寒気      呼吸困難  
 排尿時の痛み      血尿      頻尿      失禁      排尿困難  
 腹痛      吐き気      嘔吐( 回/日)      下痢( 回/日)  
 胃痛      胸焼け      血便      黒色便      便秘      手足のむくみ  
 胸痛      動悸      頭痛      めまい      口の渇き      目の渇き  
 口内炎      脱毛      耳鳴り      聴力低下      意識消失      けいれん  
 日光過敏(日光に当たると、だるくなったり赤みのある発疹が出ること)  
 レイノー現象(冷たいものに触ったりすると、指先が白くなったり青紫色になったりすること)  
 皮疹      腱鞘炎      手足のしびれ      感覚低下      筋力低下  
 関節痛      朝の手のこわばり      腰痛      足の裏の痛み  
 うつ      不安      睡眠障害      その他( )

☆現在、通院中の病気はありますか。

ある

ない

☆現在飲んでいるお薬はありますか(サプリメント・漢方薬なども含みます)。

ある

ない

☆今までに何か病気にかかったことはありますか。当てはまるものに○を付けてください。

- 心臓: 高血圧・不整脈・狭心症・心筋梗塞・心雑音・弁膜症、その他  
 消化器: 胃潰瘍・十二指腸潰瘍・胃炎・肝炎・脂肪肝・膵炎・胆石・胆嚢炎・その他  
 呼吸器: 喘息・慢性気管支炎・肺気腫・気胸・その他  
 感染症: 結核・中耳炎・蓄膿症・リウマチ熱・B型肝炎・C型肝炎・その他  
 内分泌・代謝: 糖尿病・脂質異常症・痛風・甲状腺疾患・その他  
 血液: 貧血・血小板減少・静脈血栓症・その他  
 泌尿系: 尿路結石・慢性腎炎・腎機能障害・膀胱炎・腎盂腎炎・その他  
 筋骨系: 関節痛・腰痛・膠原病・その他  
 神経: けいれん・脳梗塞・脳出血・その他  
 アレルギー: 花粉症・アトピー・食物アレルギー・その他  
 その他: 悪性腫瘍・目・耳鼻・皮膚・その他

☆関節に痛みがある方にお聞きします。この1週間、下に挙げた動作をすることができましたか。

	問題なく できる	少し困難	かなり困難	できない
①靴紐を結ぶ、ボタンをかけることを含めて、自分で身支度ができますか				
②横になったり、起き上がったりの動作はできますか				
③水がいっぱい入ったコップを口元まで運べますか				
④屋外の平坦な道を歩けますか				
⑤身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか				
⑥腰を曲げて床にある衣類を拾うことができますか				
⑦ペットボトルの開け閉めはできますか				
⑧車の乗り降りはできますか				

☆今日の関節の痛みの程度はどのくらいでしたか。該当するところに×印を付けてください。

0 \_\_\_\_\_ 10  
(痛みなし) (最大の痛み)

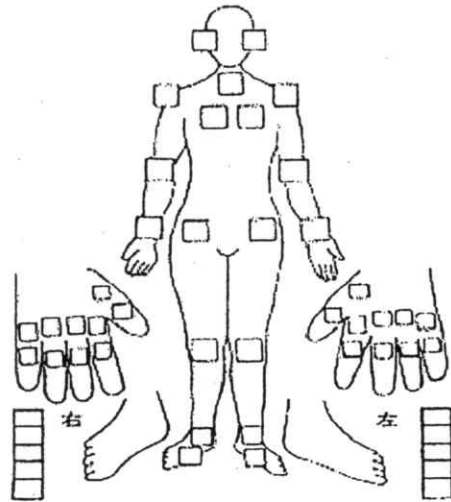
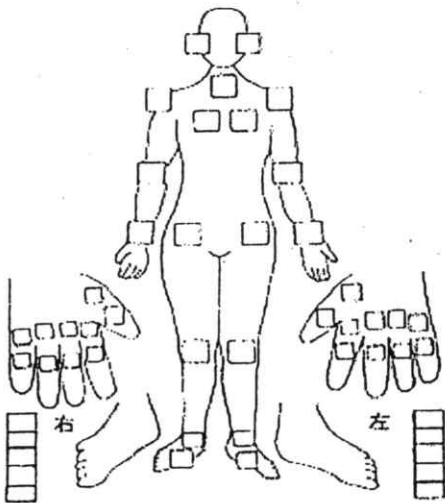
☆今日の病気全体の状態はいかがでしたか。該当するところ×印を付けてください。

0 \_\_\_\_\_ 10  
(とてもよい) (とても悪い)

☆関節に問題のある方は下の図に×で印をしてください。

押さえると痛みのある関節

腫れのある関節



☆今までに何か手術を受けたことはありますか。

ある

ない

☆生活習慣についてお答えください。

<喫煙歴>

ある 1日約 本 × 年間  
(禁煙 年前から)

ない

<飲酒歴>

ある 1日 ワイン 杯  
ビール ml 本  
日本酒・焼酎 合  
(禁酒 年前から)

ない

☆お薬のアレルギーはありますか。ある方はどのような症状ですか。

ある

ない

☆受けたことのある健診に○をつけ、最後に受けた年を記入してください。例:胃カメラ(2000年)

胃カメラ( ) 大腸カメラ( ) 便潜血( )  
レントゲン検査( ) CT検査( ) MRI検査( )  
肺がん検診( ) 乳がん検診( ) 子宮がん検診( )

☆血縁のあるご家族で該当する病気をお持ちだった場合は記入してしてください。例:高血圧(祖父)

膠原病( ) 結核( )  
高血圧( ) 糖尿病( ) 高脂血症( ) 喘息( )  
脳出血( ) 脳梗塞( ) 心筋梗塞( ) 甲状腺疾患( )  
胃がん( ) 大腸がん( ) 肺がん( ) 肝臓がん( )  
膵臓がん( ) 乳がん( ) 子宮がん( ) 前立腺がん( )  
その他( )

☆女性の方のみお答えください。

閉経されていますか。 はい( ) 才) いいえ

出産 回 自然流産 回

現在、妊娠の可能性はありますか。 ある ない

最終生理開始日 年 月 日