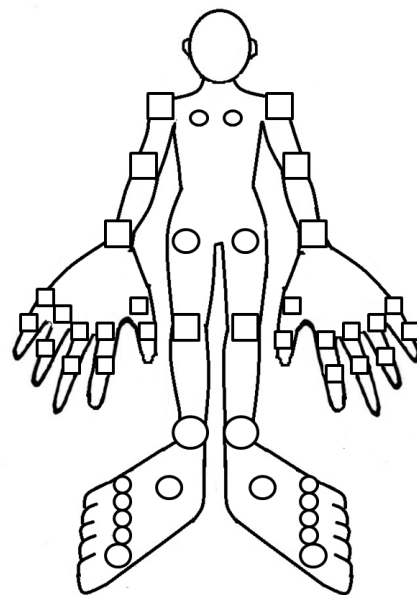


1、 どの部分に症状がありますか？ 図に印をつけてください。(痛み、こわばり×印、はれ○)  
またどのように痛むか教えてください。

朝が悪い、時間にかかわらず痛い、時々症状がでる、その他

2、 いつ頃からですか？

3、 リウマチの診断で他の医療機関を受診していますか？  
治療歴(薬、手術など)があれば書いてください。



4、 現在治療中の病気はありますか？

医療機関、薬などを教えてください。

高血圧、 糖尿病、 喘息、 気管支炎、 肺炎、 不整脈、

狭心症、 心筋梗塞、 腎臓病、 胃潰瘍、 癌、 膠原病、 脳梗塞、 甲状腺

その他

5、 他、これまでに治療した病気(手術)はありますか？ (現在治療は終わっているもの)

- ・ B型、C型肝炎にかかった、あるいは検査で異常があるといわれたことが (ある・なし)
- ・ 結核にかかったことが (ある・なし)、 あるいは同居している家族で結核を発症した人がいた
- ・ 肺炎をおこしやすい、咳や痰が多い (ある・なし)

6、 薬のアレルギーはありますか。どういった薬で、どのような反応がありましたか。

お仕事：(主婦業中心、デスクワーク、運転、運搬、立ち仕事、農業・・・  
その他 \_\_\_\_\_)

喫煙：歴 \_\_\_\_\_ 年、現在 1日 \_\_\_\_\_ 本、 やめた \_\_\_\_\_ 年前 (喫煙はリウマチの発病・悪化因子です)

飲酒： ・全くなし、 あり ( \_\_\_\_\_ )

家族 配偶者 (無・有)、 子供 (無・有 \_\_\_\_\_ 人、うち同居 \_\_\_\_\_ 人)

今後の妊娠希望 (ある・なし) (希望の場合使用できない薬もあります)