

受診日： 年 月 日

お名前：

年齢： 歳 性別： 男・女

ご記入のお願い

★各質問に「はい」または「いいえ」でチェック✓を入れてください。

★内容がわからない場合、空欄のままで結構です。

No.	質問内容	はい	いいえ
Q1	関節の痛みやこわばりがありますか？（朝起きたとき手や指がこわばる場合も含みます）	☐ はい	☐ いいえ

→「はい」の場合：部位（例：手・膝・肩） _____ いつ頃から _____

Q2	顔・頬に赤みや発疹がありますか？（鼻の周りを中心とした蝶形紅斑も含みます）	☐ はい	☐ いいえ
Q3	強い疲れやだるさが続いていますか？（十分休んでも回復しない倦怠感）	☐ はい	☐ いいえ
Q4	発熱が続いていますか？（37.5℃以上）	☐ はい	☐ いいえ

→「はい」の場合：最高体温 _____℃ 期間 _____

Q5	口や目が乾燥しやすいですか？（目がゴロゴロする、唾液が出にくい場合も含みます）	☐ はい	☐ いいえ
Q6	手指が冷えると白・青・赤に色が変わりますか？（レイノー現象）	☐ はい	☐ いいえ
Q7	皮膚が硬くなっている感じがありますか？（指先・顔・体幹など）	☐ はい	☐ いいえ
Q8	筋肉の痛みや筋力低下を感じますか？（階段を上りにくい、立ち上がりにくい場合も含みます）	☐ はい	☐ いいえ
Q9	息切れや呼吸のしにくさがありますか？	☐ はい	☐ いいえ
Q10	胸痛や動悸はありますか？	☐ はい	☐ いいえ
Q11	ものが飲み込みにくいことがありますか？（嚥下困難）	☐ はい	☐ いいえ
Q12	むくみ（浮腫）が気になりますか？（顔・足首・手など）	☐ はい	☐ いいえ
Q13	尿の色が赤い・泡立つなどの異常がありますか？	☐ はい	☐ いいえ
Q14	頭痛・けいれん・意識の変容などの神経症状がありますか？	☐ はい	☐ いいえ
Q15	口の中に潰瘍（口内炎）が繰り返しできますか？	☐ はい	☐ いいえ
Q16	日光に当たると皮膚が赤くなったり症状が悪化しますか？（光線過敏）	☐ はい	☐ いいえ
Q17	過去に自己免疫疾患・膠原病と診断されたことがありますか？	☐ はい	☐ いいえ

→「はい」の場合：病名 _____

No.	質問内容	はい	いいえ
Q18	ご家族（血縁者）に膠原病・自己免疫疾患の方はいますか？	☐ はい	☐ いいえ

→ 「はい」 の場合：病名と続柄_____

Q19	甲状腺の病気を指摘されたことはありますか？（橋本病・バセドウ病など）	☐ はい	☐ いいえ
Q20	過去に血栓症（深部静脈血栓・肺塞栓・脳梗塞など）になったことはありますか？	☐ はい	☐ いいえ
Q21	習慣性流産（2回以上の流産）の経験がありますか？（女性の方のみ）	☐ はい	☐ いいえ
Q22	現在、定期的に飲んでいる薬がありますか？	☐ はい	☐ いいえ

→ 「はい」 の場合：薬の名前（わかる範囲で）_____

Q23	ステロイド（副腎皮質ホルモン）を使ったことがありますか？ （内服・注射・塗り薬を含みます）	☐ はい	☐ いいえ
Q24	薬に対するアレルギー・副作用の経験がありますか？	☐ はい	☐ いいえ

→ 「はい」 の場合：薬の名前と症状_____

Q25	現在、喫煙していますか？	☐ はい	☐ いいえ
Q26	妊娠中、または妊娠を希望していますか？授乳中ですか？ （治療薬の選択に関わる重要な情報です）	☐ はい	☐ いいえ
Q27	最近（6ヶ月以内）に急激な体重変化がありましたか？（±5kg以上）	☐ はい	☐ いいえ
Q28	今回の症状で他の医療機関（他科含む）を受診したことはありますか？	☐ はい	☐ いいえ

→ 「はい」 の場合：受診先・言われた内容_____

Q29	検査結果（血液検査・画像など）の写しをお持ちですか？	☐ はい	☐ いいえ
-----	----------------------------	-----------------------------	------------------------------

ご自由にお書きください（気になること・不安なこと・医師に伝えたいことなど）

ご記入ありがとうございました。受付スタッフまでお渡ししてください。
