

関節リウマチ患者問診票

あなたの現在の様子をしり、治療の参考にしたいと思いますので、以下の質問について教えてください。

お名前 _____

裏面もご記入下さい

ご記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<日常生活動作> この1週間のあなたの状態に○をつけて下さい。

		何の困難もない (0点)	少し困難 (1点)	かなり困難 (2点)	できない (3点)
①	A	靴紐を結び、ボタン掛けも含めて自分で身支度できますか			
	B	自分で洗髪できますか			
②	C	肘掛のない垂直な椅子から立ち上がれますか			
	D	就寝、起床の動作ができますか			
③	E	皿の肉を切ることができますか			
	F	いっぱいに入っている茶碗やコップを口元まで運べますか			
	G	新しい牛乳のパックの口を開けられますか			
④	H	戸外で平坦な地面を歩けますか			
	I	階段を5段登れますか			
⑤	J	身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか			
	K	浴槽につかることができますか			
	L	トイレに座ったり立ったりできますか			
⑥	M	頭上にある5ポンドのもの(約2.3Kgの砂糖袋など)に手を伸ばしてつかみ、下に降ろせますか			
	N	腰を曲げ床にある衣類を拾い上げられますか			
⑦	O	自動車のドアを開けられますか			
	P	広口のビンの蓋を開けられますか			
	Q	蛇口の開閉ができますか			
⑧	R	用事や、買い物で出かけることができますか			
	S	車の乗り降りができますか			
	T	掃除機をかけた後、庭掃除などの家事ができますか			

①～⑧の項目ごとに最も高い点数を選択し、その平均点を HAQ 点数とする。

＜関節リウマチ診療記録用紙＞

体重 kg 体温 °C 血圧 / mmHg

SPO2 % P 回/分

この期間、風邪をひかれましたか？

- 鼻水 あり なし
- 咽頭痛 あり なし
- 咳 あり なし
- 発熱(38°C以上) あり なし
- 頭痛・腹痛 あり なし

来院日	TJC	SJC	CRP	ESR	Pt-VAS	Dr-VAS	DAS28	SDAI

＜活動性関節のチェック＞

の中に

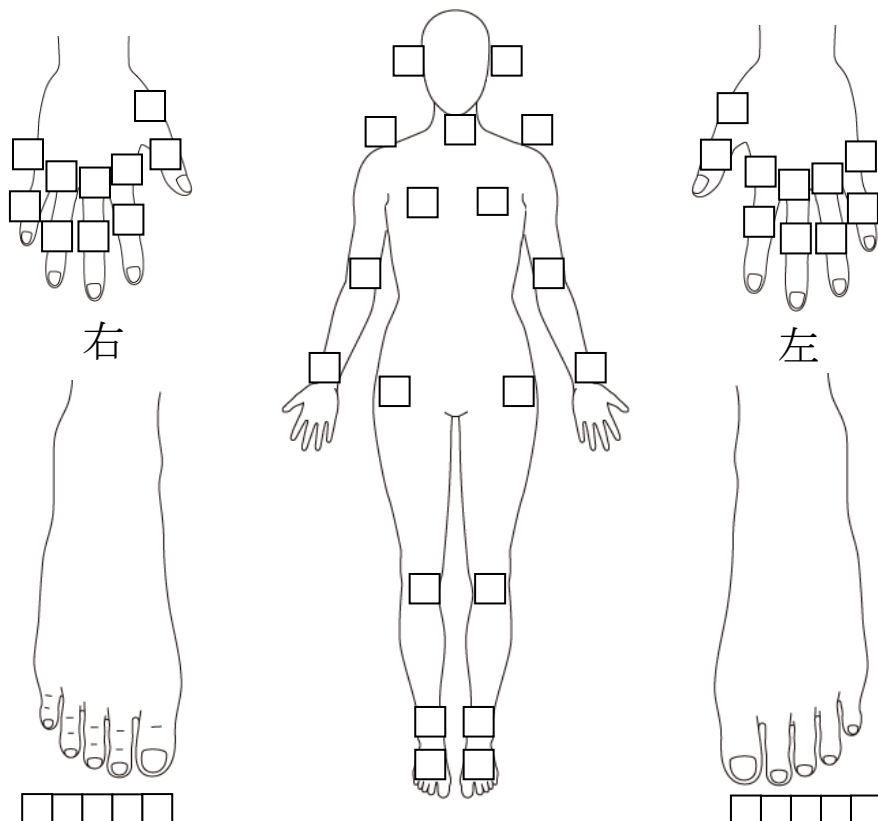
腫脹関節には○印

圧痛関節には×印

腫脹・圧迫関節両方には⊗印

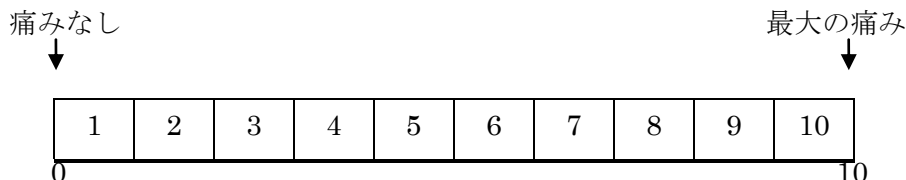
全ての関節にチェックされ
ない場合は下記のいずれかに
チェックして下さい。

活動性関節なし



＜関節の痛み＞

あなたのリウマチによる間接の痛みの程度について教えて下さい。下の横線は痛みの程度を測るためのスケールで、左端は「痛みなし」を、右端は「最大の痛み」を示します。この1週間を振り返り、あなたの関節の痛みの程度を下の横線のスケール上に“○”をつけて示して下さい。



＜病気全般の印象＞

あなたの病気(リウマチ)の重症度について教えて下さい。下の横線はリウマチの重症度を測るためのスケールで左端は「極めて良い」を、右端は「極めて悪い」を示します。この1週間を振り返り、あなたの関節の痛みの程度を下の横線のスケール上に“○”をつけて示して下さい。

