

リウマチ問診票 診察前にご記入ください

おなまえ：	身長：	cm	体重：	kg
血圧：	/	脈拍：	体温：	℃
握力：右	mmHg	左	mmHg	朝のこわばり： 時間 分

痛みの程度は（自分の当てはまると思うところにチェックを入れてください）

最もよい 最も悪い

体全体の調子は（自分の当てはまると思うところにチェックを入れてください）

最もよい 最も悪い

当てはまるところに×を入れて下さい

	なんの困難 もない (0点)	いづらか 困難である (1点)	かなり困難 である (2点)	出来ない (3点)
1) 靴のひも結び、ボタン掛けも含めて 自分で身支度が出来ますか	☐	☐	☐	☐
2) 自分で洗髪出来ますか	☐	☐	☐	☐
3) 肘無し、背もたれの垂直な椅子から立ち上がれますか	☐	☐	☐	☐
4) 就寝、起床の動作が出来ますか	☐	☐	☐	☐
5) 皿の肉をきることが出来ますか	☐	☐	☐	☐
6) 水が一杯に入ったコップや茶碗を口元まで運べますか	☐	☐	☐	☐
7) 新しい牛乳パックの口をあけられますか	☐	☐	☐	☐
8) 戸外で平坦な地面を歩けますか	☐	☐	☐	☐
9) 階段を5段登れますか	☐	☐	☐	☐
10) 身体全体を洗い、タオルで拭くことが出来ますか	☐	☐	☐	☐
11) 浴槽に浸かれますか	☐	☐	☐	☐
12) トイレに座ったり立ったり出来ますか	☐	☐	☐	☐
13) 頭上にある2kg位のものに手を 伸ばしてつかみ、下におろせますか	☐	☐	☐	☐
14) 腰を曲げ床にある衣類を拾い上げられますか	☐	☐	☐	☐
15) 自動車のドアを開けられますか	☐	☐	☐	☐
16) 広口の瓶の蓋を開けられますか	☐	☐	☐	☐
17) 蛇口の開閉が出来ますか	☐	☐	☐	☐
18) 用事や買い物に出かけることが出来ますか	☐	☐	☐	☐
19) 車の乗り降りが出来ますか	☐	☐	☐	☐
20) 掃除機をかけた後、庭掃除などの家事が出来ますか	☐	☐	☐	☐

医師の評価(主治医が記入します)

最もよい 最も悪い

