

お名前

日付 年 月 日

ID
番号

氏名

生年 性別
月日 年 月 日

発行 作成年月日
コード

1. 測定値

握力 (右) mmHg

握力 (右) mmHg

体重 kg 身長 cm

2. 朝のこわばりの持続時間

あなたが朝起きてから、通常の状態に戻るまでどのくらい
かかりますか。(手指、足趾などの関節が否比較的柔らかく
動き出すまでの時間)

時間 分

3. 関節の痛み

あなたが今までこの病気(慢性関節リウマチ)で経験した”痛み”を思い出して答えて下さい。
現在の痛みはどの程度ですか?下の線の適当なところに×をつけて下さい。

なし 最大

4. 病気全般の印象

あなたの病気(慢性関節リウマチ)の全経過を通して、現在の状態はどうですか?
下の線の適当なところに×をつけて下さい。

なし 最大

5. 関節の痛みや腫れ

×印: 押さえたり動かしたりした時に、痛みを感じる関節

○印: 腫れていたたり、腫れぼったく感じる関節

