

Questionnaire for Rheumatology, Collagen Disease, Allergy

Hospital ID# _____

Name _____

Body Temperature _____ °C

- This information is very helpful for your qualified consultation.
- During the examination, your doctor will ask you again for more information, but we would appreciate it if you could take the time to fill out the form as much as you can, in the areas that you think are important.

Department of Rheumatology, Collagen Disease and Allergy at Shonan Fujisawa Tokushukai Hospital

1. What is the reason for your visit today? Please write down if you have any symptoms.
今日は何のような事でおいでになりましたか。また症状がありましたらお書きください。

2. How long have you been aware of this? いつからお気づきになりましたか。

(_____ Day(s) ago 日前 ・ _____ Months ago 月 ・ _____ years ago 年前)

3. Do you have any of the following symptoms? 以下の症状はありますか

- | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------|
| 1) Joints pain / 関節痛 | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |
| 2) Stiffness / こわばり | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |
| 3) Low back pain / 腰痛 | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |
| 4) Fever / 発熱 | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |
| 5) Raynaud's symptom / レイノー症状 | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |
| 6) Dry mouth / 口腔内乾燥 | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |
| 7) Stomatitis "Mouth sore/Canker sore" / 口内炎 | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |
| 8) Denture(s) / 義歯 | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |
| 9) Dry eyes / 眼の乾燥 | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |
| 10) Skin ulcer / 皮膚潰瘍 | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |
| 11) Cough / 咳嗽 | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |
| 12) Phlegm / 痰 | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |
| 13) Numbness / しびれ | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |
| 14) Sun sensitivity / 日光過敏 | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |
| 15) Genital ulcer / 陰部潰瘍 | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |
| 16) Decreased vision / 視力低下 | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |
| 17) Enthesitis (Inflammation of tendons and ligaments attached to bone such as outer elbows, inner knees, Achilles tendon) / 付着部炎 (骨に付着している腱と靭帯の炎症、肘の外側、膝の内側、かかとのアキレス腱など) | <input type="checkbox"/> Yes ある | <input type="checkbox"/> No ない |

Continued on Next Page

4. How is your condition progress going until today? Please put ✓ in the most applicable box.

今日までどのような経過ですか。最も適当な経過に✓を入れてください

- Not much different あまり変わらない
- It changes depending on the day, but it continues. 日によって程度が違うが続いている
- Getting worse だんだんひどくなってくる
- Getting better but I'm still concerned だんだん良くなっているが、気になる

5. Have you ever had any of the above symptoms checked out at another hospital?

他の病院で見てもらった事がありますか。

● What kind of explanation did you receive at there?

その病院ではどのような説明を受けましたか。

Hospital Name :

Department :

6. Are you currently taking any medications? 現在、何か薬を飲んでいらっしゃいますか。

- Yes ある
- No ない

● If "yes," what are the name of medications? 薬の名前がわかりますか。

| | Name of medications /薬の名前 | How to take or use your medication /飲み方・使い方 | | Name of medications /薬の名前 | How to take or use your medication /飲み方・使い方 |
|---|------------------------------|---|---|------------------------------|---|
| ① | | | ⑤ | | |
| ② | | | ⑥ | | |
| ③ | | | ⑦ | | |
| ④ | | | ⑧ | | |

7. Are you currently taking any supplements? 現在、サプリメントは何か飲んでいますか

- Yes ある
- No ない

● If "yes," what are the name of supplements? サプリメントの名前がわかりますか。

8. Have you ever experienced any side effects such as an allergic reaction from medications?

これまでに薬などでアレルギー等の副作用を経験した事がありますか。

- Yes ある
- No ない

● If "yes," what were the symptoms? 「ある」の場合、どのような症状でしたか。

Continued on Next Page

9. Have you ever had a serious illness or had surgery?

今までに大きな病気をした事や、手術を受けた事がありますか。

Yes ある No ない

● If “yes,” what kind of illness or surgery did you have and when?

いつ頃どんな病気や手術でしたか。

| Disease names /疾患名 | Name of your surgery /手術名 | When you had the surgery /手術をした時期 | Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関 |
|-----------------------|------------------------------|--------------------------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

10. Have any of your family members or relatives ever suffered from any of the following diseases? If yes, who?

ご家族や親戚の方で、次のような病気にかかった事のある人がいらっしゃいますか。あればどなたですか。

- Heart disease 心臓病 ()
 Diabetes mellitus 糖尿病 ()
 High Blood Pressure 高血圧 ()
 Brain stroke 脳卒中 ()
 Tuberculosis 結核 ()
 Asthma/ Allergy 喘息・アレルギー()
 Cancer 癌 ()
 Other その他 ()

11. Do you currently have any pets? 現在、ペットは飼っていますか？

- Yes ある what do you have? 何を飼っていますか？ ()
 No ない

12. Do you drink alcohol? お酒を飲みますか。

Yes ある No ない Quit やめた _____ years ago (年前)

● If “Yes” 「はい」 の場合・・・ I have drunk for () years 年前から飲んでいる
Recently, I drink () ml
of (Beer ビール・ Japanese sake 日本酒・ Whiskey ウイスキー) per day on average.

13. Do you smoke? 煙草は吸いますか。

Yes ある No ない Quit やめた _____ years ago (年前)

● If “Yes” 「はい」 の場合・・・ I have smoked for () years 年前から吸っている
Recently, I smoke () cigarette(s) per day on average.
最近は平均して一日()本吸っている

14. What is your body measurement?

Continued on Next Page

Height 身長 cm • **Body Weight** 体重 kg

● Recently, my body weight has 最近体重は・・・ gained 増えている lost 減っている
(kg for months カ月で)

15. Risk for falls/ 転倒の危険度

| | | |
|--|---------------------------------|--|
| Have you ever fallen within 3 months? /3ヶ月以内に転んだことはありますか? | <input type="checkbox"/> No いいえ | <input type="checkbox"/> Yes はい |
| Do you have orthoses on your feet? /足に装具をつけていますか? | <input type="checkbox"/> No いいえ | <input type="checkbox"/> Yes はい |
| Do you use a cane or walker? /杖や歩行器を使っていますか? | <input type="checkbox"/> No いいえ | <input type="checkbox"/> Yes はい (Cane 杖・Walker 歩行器) |
| Do you use a wheelchair? /車椅子を使っていますか? | <input type="checkbox"/> No いいえ | <input type="checkbox"/> Yes はい |
| Do you feel dizziness? /ふらつきはありますか? | <input type="checkbox"/> No いいえ | <input type="checkbox"/> Yes はい |
| Did you take eye drops to widen your pupil in eye exam today? /本日眼科検査で瞳を広げる目薬をしましたか? | <input type="checkbox"/> No いいえ | <input type="checkbox"/> Yes はい |
| Do you have someone coming with you today? /付き添いはいますか? | <input type="checkbox"/> No いいえ | <input type="checkbox"/> Yes はい |
| Did you drive your own car, bicycle or motorcycle when you came to the hospital today? /来院時ご自分で車、自転車、オートバイの運転をしてきましたか? | <input type="checkbox"/> No いいえ | <input type="checkbox"/> Yes はい |

16. We would like to ask female. 女性の方にお聞きします。

Are you possibly pregnant? 現在、妊娠している可能性は

Yes ある No ない

17. If there is anything else you would like to tell us at consultation, please write down below so that you do not forget.

その他にお話ししておきたい事がございましたら、忘れないように簡単にメモをしておい
てください。