

痛風外来問診票

ふりがな

氏名

年令

歳

あてはまるものに☑をお願いします。

1. 現在、痛風発作又は関節炎を起こしている。☐はい

いつから？ ()

どのあたり？ ☐母趾 右・左 ☐その他の足趾 右・左 ☐足首周囲 右・左 ☐膝 右・左 ☐

その他 () ☐いいえ

2. 過去に痛風発作又は関節炎を起こしたことがある。☐はい

いつ？ ()

どのあたり？ ☐母趾 右・左 ☐その他の足趾 右・左 ☐足首周囲 右・左 ☐膝 右・左 ☐

その他 () ☐いいえ

3. 今までに尿酸値が高いと指摘されたことがある。

☐はい 尿酸値がわかれば記載してください。 () mg/dl ☐いいえ

4. 痛風、高尿酸血症で継続して治療を受けていた。☐はい

☐いいえ

5. 現在痛風、高尿酸血症で他院にて治療を受けている。☐はい

☐いいえ

6. いままでに尿酸降下薬を服用したことがある。

☐はい 薬名が分かれば記載してください。 ()

☐いいえ ☐わからない

7.

現在、尿酸降下薬を服用している。

☐はい 薬名が分かれば記載してください。 ()

☐いいえ ☐わからない

8. 尿路結石を起こしたことがある。 ☐はい

☐いいえ

9. 家族・親族に痛風、高尿酸血症の方はいますか？

☐はい 母、祖父など関係を記入してください。 () ☐いいえ

10. 飲酒状況について。

☐飲みます 種類☐ビール ☐焼酎 ☐日本酒 ☐ウイスキー ☐ワイン

量 () 回数 ☐1~2回週 ☐3~4回/週 ☐ほぼ毎日 ☐1~2回/月

☐飲みません

検査結果や服薬中の薬がわかるお薬手帳などがありましたら、問診票と合わせてご持参くださいますようお願いいたします