

痛風外来問診表

ふりがな

氏名

年齢

歳

当てはまるものに☑をお願い致します。

1	現在、痛風発作又は関節炎を起こしていますか？	<input type="checkbox"/> はい いつから() 痛い場所()	<input type="checkbox"/> 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りますか？	<input type="checkbox"/> はい 今までに何回起こしましたか？()回 初めての発作はいつですか？() →痛みが出た場所() その他に起こしたことがある場所()	<input type="checkbox"/> いいえ
3	今までに尿酸値が高いと指摘されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい いつから() 最近の尿酸値:() mg/dl : 採血日()	<input type="checkbox"/> いいえ
4	痛風・高尿酸血症の治療をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 過去に治療を受けていた	<input type="checkbox"/> いいえ
5	今までに尿酸降下薬を服用したことがありますか？	<input type="checkbox"/> 現在服用中 <input type="checkbox"/> 過去に服用していた:服用期間() 薬名()	<input type="checkbox"/> いいえ
6	尿路結石を起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい いつ頃()	<input type="checkbox"/> いいえ
7	ご家族に痛風・高尿酸血症の方はいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 痛風(続柄:) <input type="checkbox"/> 高尿酸血症(続柄:)	<input type="checkbox"/> いいえ
8	お酒は飲みますか？	<input type="checkbox"/> はい ()回/週 <input type="checkbox"/> 機会飲酒のみ お酒の種類・量を教えてください (種類:) 量: ()	<input type="checkbox"/> いいえ
9	今までかかったことのある病気 (ex: 高血圧・糖尿病・手術歴がある)	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ありません
8	現在、服用している薬がありますか？	<input type="checkbox"/> はい 薬名()	<input type="checkbox"/> いいえ
10	サプリメントを服用していますか？	<input type="checkbox"/> はい 品名()	<input type="checkbox"/> いいえ
11	その他に気になる症状がありますか？	<input type="checkbox"/> はい 症状()	<input type="checkbox"/> いいえ

※検査結果や服用中の薬がわかるお薬手帳などありましたら、問診表と併せてご持参ください。