

湯川リウマチ内科クリニック[リウマチ]

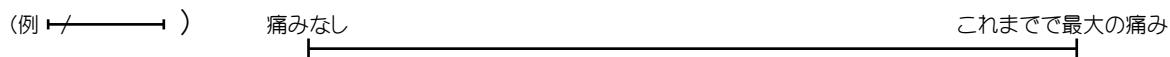
ご記入日 年 月 日 お名前

【前回からの変化やお困りの症状がございましたら、ご記入ください】 体温 ℃

【日常生活動作】この一週間を振り返り、当てはまる所にレ印をつけて下さい。

カテゴリ	質問:以下の動作を困難なくお一人でできますか?	難なく できる	少し 難しい	かなり 難しい	全く できない
[1]衣類着脱 ・身支度	靴紐、ボタン等ひとりで着替えられますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ひとりで髪を洗うことができますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2]起床	いすから立ち上がることができますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	就寝、起床の動作ができますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3]食事	皿の肉を切ることができますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	茶碗やコップを口元まで運べますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	新しい牛乳パックの口を開けられますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4]歩行	戸外の平坦な地面を歩けますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	階段を5段登れますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[5]衛生	身体全体を洗いタオルで拭くことができますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	浴槽につかることができますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	トイレに座ったり立ったりできますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[6]伸展	棚にある2Kgの袋に手を伸ばして下に降ろせますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腰を曲げて床にある衣類を拾えますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[7]握力	自動車のドアを開けられますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	広口のビンのふたを開けられますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	蛇口を開けたり閉めたりできますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[8]活動	用事や買い物ででかけることができますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	車の乗り降りができますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	掃除機をかけたり庭掃除など、家事ができますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【関節の痛み】現在の痛みはどの程度ですか？ 適当な所に/をつけて下さい



【全般的症状】現在の全般的な症状どのようですか？ 適当な所に/をつけて下さい



*以下は医師が記入いたします.....

関節炎の部位 圧痛関節数 () 腫脹関節数 ()

朝のこわばり持続時間 分

CRP mg/dl ESR mm/h HAQ mHAQ

DAS28-CRP DAS28-ESR CDAI SDAI

医師の全般評価 $\overline{\quad\quad\quad}$

