

# 問 診 票

平成 年 月 日




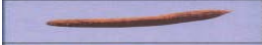



フリガナ 氏名 男・女 大・昭・平 年 月 日生 歳

住所 携帯 ( ) 自宅 ( )

身長 ( )cm 体重 ( )kg 血液型 ( )型

- 潰瘍性大腸炎と診断されたのはいつ(何歳時)ですか？(診断された医療機関名)  
( )
- 今回、調子が悪くなったのはいつ頃からですか？  
( )
- 現在便回数・出血の有無・粘液の有無についてお聞かせ下さい。 ・排便回数 回/日

・便の性状(該当するものに○をつけて下さい。)

- |     |   |                                     |
|-----|---|-------------------------------------|
| ( ) |  | 硬くてコロコロの兔糞状の(排便困難な)便                |
| ( ) |  | ソーセージ状であるが硬い便                       |
| ( ) |  | 表面にひび割れのあるソーセージ状の便                  |
| ( ) |  | 表面がなめらかで柔らかいソーセージ状、あるいは蛇のようなとぐろを巻く便 |
| ( ) |  | はっきりとしたしわのある柔らかい半固形の(容易に排便できる)便     |
| ( ) |  | 境界がほぐれて、ふにゃふにゃの不定形の小片便、泥状の便         |
| ( ) |  | 水様で、固形物を含まない液体状の便                   |

・夜間の下痢はありますか？ 有・無

・便の失禁はありますか？ 有・無

・血便の有無について(該当するものに○をつけて下さい。)

- ( ) 無  
( ) 微量の出血あり  
( ) 明らかな出血あり  
( ) 大部分が血液

・粘液の有無について(該当するものに○をつけて下さい。)

- ( ) 無  
( ) 便に混ざる程度  
( ) 明らかな粘液  
( ) 大部分が粘液

・腹痛の有無について(該当するものに○をつけて下さい。)

- ( ) 無  
( ) 軽度  
( ) 中等度  
( ) 強度

4. 最近、大腸の内視鏡検査はいつ受けられましたか？

( )

5. 潰瘍性大腸炎での入院歴はありますか？分かる範囲内で結構です。

( )

6. 現在の服薬内容をお聞かせ下さい。

( )

7. 過去に白血球除去療法(LCAP)または顆粒球吸着療法(GCAP)を受けられたことはありますか？  
あれば、いつ頃ですか？また、その時に副作用(気分不良等)はありましたか？

( )

8. 過去にレミケード投与歴はありますか？分かれば回数もお願いします。(有・無)回数( )回)

9. 現在レミケード治療をされていますか？ (している・していない)

されているようでしたら現在何週間隔で投与されていますか？ ( )週

\*レミケード投与時に前処置剤としてステロイド薬(プレドニンやソル・コートフ)、抗ヒスタミン薬(ポララミン)を使用していましたか？ (使用している・使用していない・わからない)

レミケード治療で副作用が起こったことはありますか？ (有・無)

レミケード治療で効果が元弱しているように感じますか？ (思う・思わない)