

浦安せきぐちクリニック [リウマチ]

記入日 年 月 日

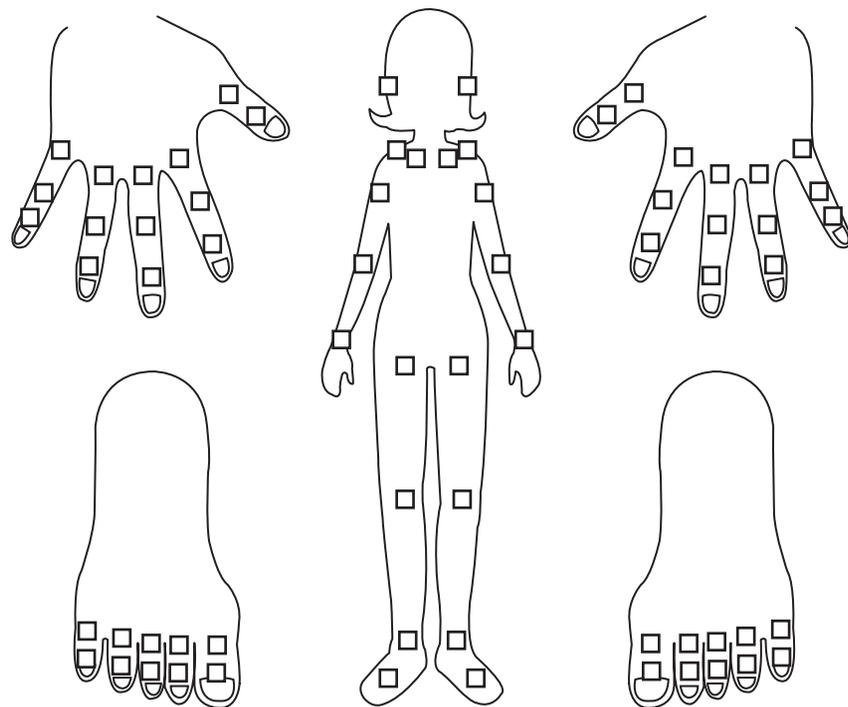
氏名

◆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。

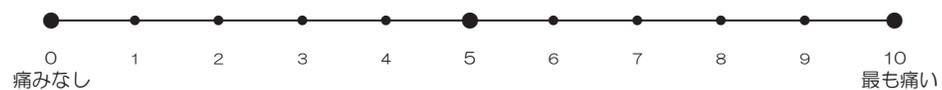
◆この1週間の状態につきお答えください。

各質問項目の当てはまる回答に☑をつけてください。	簡単に一人 できる	何とか一人 できる	人に手伝って 貰えばできる	全く できない
着衣と身繕い				
1. 服を着たり、ボタンをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 髪を洗う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
起立				
3. 肘掛けのない椅子から立ち上がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 寝床に入ったり、寝床から起き上がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事				
5. 箸で食べ物をつかむ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. いっぱいに入った飲み物を口までもっていく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 新しい牛乳パックの口を開ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歩行				
8. 平地を3分間位、自分のペースで歩く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 階段を5段上がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
衛生				
10. 入浴時に全身を洗い、タオルで拭く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 浴槽に入る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 洋式便座に座り、立ち上がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
動作				
13. 棚の上の2kg程度の物に手を伸ばして、降ろす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 前かがみになって、床の上の物を拾い上げる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
握力				
15. 自動車のドアを開ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ガラスびんのふたを回して開ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 水道の蛇口を開け閉め	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他				
18. 近所の商店街へ買い物に行く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 自動車の乗り降り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 洗濯や掃除などの家事をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆痛みのある関節部位にXをつけてください。



◆どの程度、痛みを感じていますか？



◆全般的な症状はどのようなですか？

