

(ID: _____) 氏名 _____

月 日

■前回受診時とくらべて本日のお身体の具合はいかがですか？

★尿検査★	
可	不可

1. 改善している 2. 変化なし 3. 悪化している 4. その他

メトトレキサート休薬(有・無) 口内炎(有・無) 咳(有・無) 最終注射日(_____)

■前回受診時からの変化や特に先生に伝えたいことがあればご記入ください。

☆実現したいことを教えてください(_____)

■今朝こわばりはありましたか？ 【 あり(_____ 分)・なし 】

■今の関節の痛みを下の目盛りに/印でご記入ください。

全く痛みなし

人生で最も強い痛み



■今のお体全体の調子を下の目盛りに/印でご記入ください。

今までで最も良い

悪い

今までで最も悪い調子



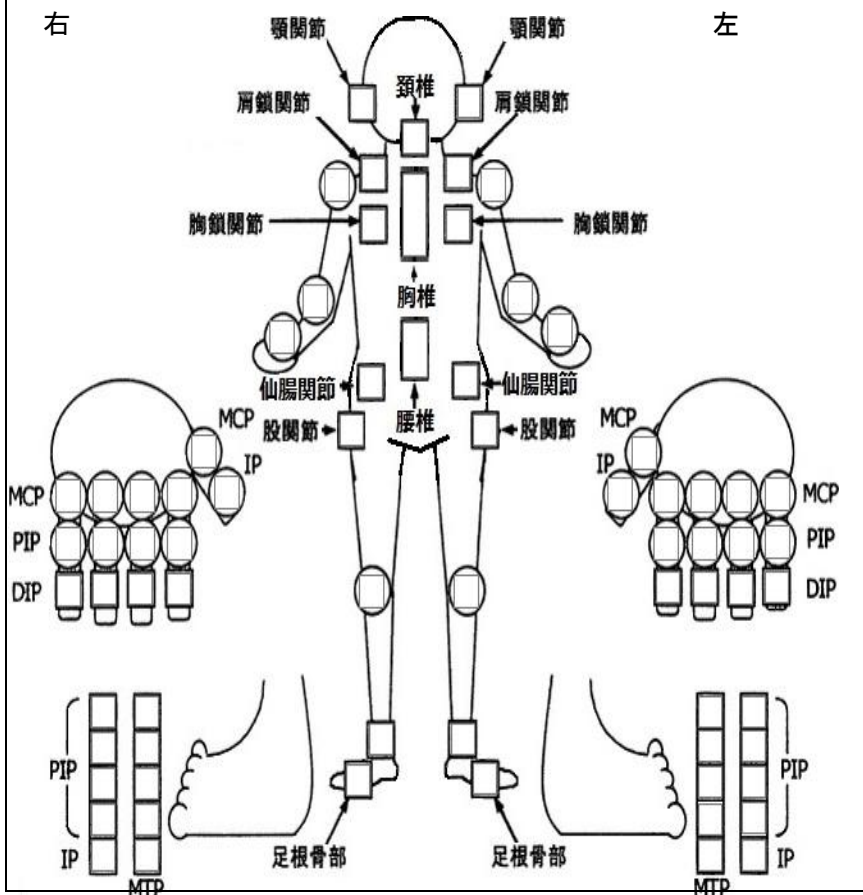
■今のお体のだるさを下の目盛りに/印でご記入ください。

全くだるくない

今までで最もだるい



■今痛い関節に×印をつけてください。



■薬について教えてください

1. 余っている薬がある

2. 特に必要な薬がある

■次回の希望日(もしあれば)

_____ 週間後