

お名前 _____（ 歳） ご職業 _____
紹介者 あり _____
なし
インターネットなど

1. 現在の症状についてお尋ねします。

現在、痛いところがありますか？ （はい いいえ）
いつから痛いですか？ _____年__月__日頃
痛みの程度はどの程度ですか？ （ ） 激しい （ ） 鈍い
どこが痛いですか？ 足の親指の付け根（右・左）
足首 （右・左）
足の甲 （右・左）
ひざ （右・左）
その他 （右・左）

痛みに対して何か薬を飲んでいますか？（はい いいえ）薬の名前 _____

2. いいえと答えた方にお尋ねします。

これまでに痛風発作（発作的な関節の痛み）を起こしたことがありますか？
（はい いいえ）

3. 過去に痛風発作があった時のことをお尋ねします。

いつ痛くなりましたか？ _____年__月__日頃
その時の痛みの程度はどの程度でしたか？ （ ） 激しい （ ） 鈍い
どこが痛かったですか？ 足の親指の付け根（右・左）
足首 （右・左）
足の甲 （右・左）
ひざ （右・左）
その他 （右・左）

その時、痛風と診断されましたか？ （はい いいえ）
その際の尿酸値はどのくらいでしたか？ _____mg/dl

その後治療を受けましたか？ （はい いいえ）
その時の痛みはどのくらいの期間続きましたか？ _____日間
その時、発作の予感（前兆）を感じましたか？（はい いいえ）

最近は何回ぐらい発作がありますか？ _____回
今も治療を受けていますか？ （はい いいえ）
どのような薬を飲んでおられますか？ _____

4. 一度も痛風発作を起こしたことがない人にお尋ねします。

尿酸値を測定したことがありますか？（はい いいえ）

生まれて初めて尿酸値が高いと言われたのはいつですか？_____年___月___日頃

その時の尿酸値はどのくらいでしたか？_____mg/dl

5. 現在痛風以外に病気をお持ちですか？（はい いいえ）

心臓病 高血圧 脳血管障害 腎臓病 尿路結石

悪性腫瘍（がん） 糖尿病 その他 _____

その病気については現在治療を受けていますか？（はい いいえ）

治療内容をお教えてください _____

6. いままでに他に大きな病気をしたことがありますか？

7. ご家族（血縁者）に次の病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？（はい いいえ）

痛風 心臓病 高血圧 脳血管障害 腎臓病

尿路結石 悪性腫瘍（がん） 糖尿病 その他 _____

8. 煙草はお吸いになりますか？（はい いいえ）1日約_____本 _____年間

9. お酒はお飲みになりますか？（はい いいえ）何をどれくらい飲まれますか？

10. 特に医師に知らせたいこと、聞きたいこと、その他ご希望がありましたらお書きください。