

お名前 _____

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？

- 1. 改善している
- 2. 変化なし
- 3. 悪化している
- 4. その他

メトレート休薬(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。

■ 朝のこわばりはありますか？ 【 はい (分) ・ いいえ 】

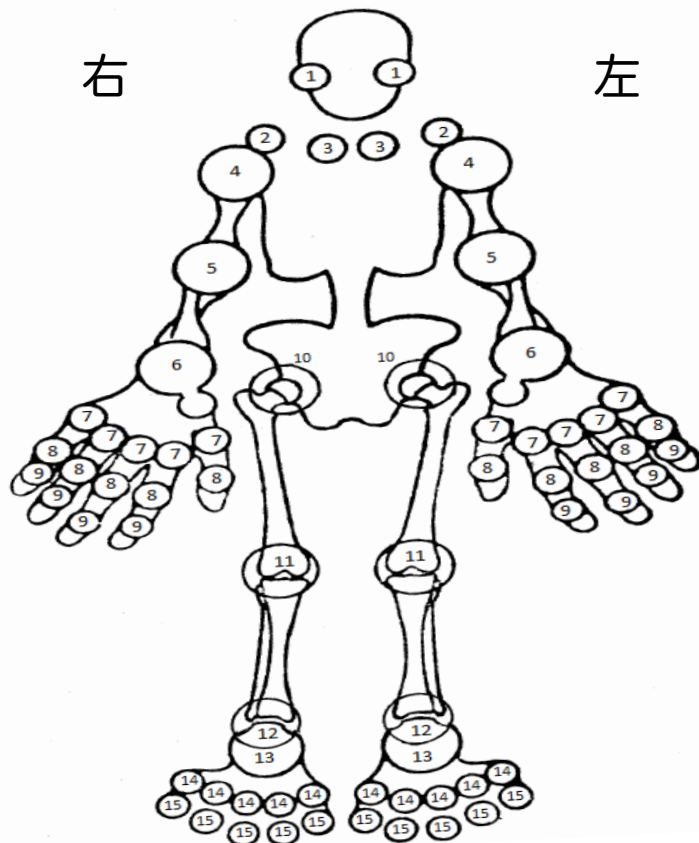
■ 関節の痛みの強さを下の目盛りに/印でご記入ください。

全く痛みなし 今までで最も強い痛み

■ お身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 今までで最も悪い

■ 痛い関節に×印をつけてください。



■ 必要な薬を教えてください。

- 1. 通常通りでいい
- 2. 余っている薬がある
- 3. 特に必要な薬がある

■ 次回の希望日 (もしあれば)

_____ 週間後