

記入例

医師とよく話し合うための5つのポイント—次の診察で伝えるために—

1 わたしの治療ゴールを考える

記入日: 2023年 3月 25日

関節リウマチがあなたの生活に与える影響と、あなたが感じている日々の課題について考えましょう。できるようにになりたいことは、どんなことですか？

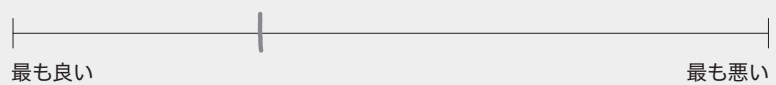
数週間後、数カ月後、最終的に達成したいこと（医師に伝えたいわたしの治療ゴール）

例) ・階段の昇り降りをスムーズにしたい ・山登りをしたい ・家族や孫の世話をしたい

2 いまの体調を伝える

体調が良くないときはもちろんですが、いつも通りなのか、以前よりも良くなっているのかを伝えることも大切です。

いまの状態が該当するあたりに線を入れましょう。



3 いまの治療について感じていることを伝える

いまのあなたの治療について、どのように感じていますか？心配なことだけでなく、治療によって症状が改善されたかどうかも伝えましょう。

治療について、医師へ伝えたいこと

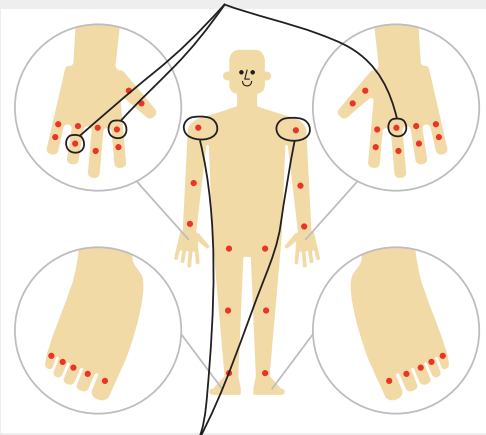
例) ・今のお薬が体に合わないと感じる ・今の治療で満足していますが、もっと良い方法があれば知りたいです

4 症状を記録する

痛みや腫れ、こわばり、疲労などのような関節リウマチの症状だけではなく、発熱、食欲不振や日常生活に問題があった場合、忘れずに伝えてください。

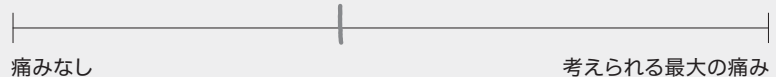
1. 症状がある部位と、症状がある期間などを記入しましょう。

腫れている (3週間前から)



肩を動かすと痛む (1週間前から)

2. いまの痛みの強さが該当するあたりに線を入れましょう。



3. 他に気になる症状はありますか(頻度や期間も書きましょう)。

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 朝、こわばりがある (毎朝起きて30分くらい、1カ月前から) | <input checked="" type="checkbox"/> 歩きづらい () |
| <input checked="" type="checkbox"/> だるい・疲れやすい () | <input checked="" type="checkbox"/> 食欲がない () |
| <input checked="" type="checkbox"/> 微熱がある () | |
| <input checked="" type="checkbox"/> その他 [症状:] () | |

5 質問する

わからないことや、聞きたいことがある場合は、遠慮なく質問しましょう。忘れないように、事前に質問を書いておきましょう。

医師に質問したいこと

例) ・どれくらいでよくなりますか ・どんな副作用がありますか ・仕事に復帰したいのですが…
・薬を飲み忘れた場合、どうすればいいですか ・治療にはいくらくらいかかりますか？

1 わたしの治療ゴールを考える

記入日: 年 月 日

関節リウマチがあなたの生活に与える影響と、あなたが感じている日々の課題について考えましょう。
できるようになりたいことは、どんなことですか？

数週間後、数カ月後、最終的に達成したいこと（医師に伝えたいわたしの治療ゴール）

2 いまの体調を伝える

体調が良くないときはもちろんですが、いつも通りなのか、以前よりも良くなっているのかを伝えることも大切です。

いまの状態が該当するあたりに線を入れましょう。

最も良い

最も悪い

3 いまの治療について感じていることを伝える

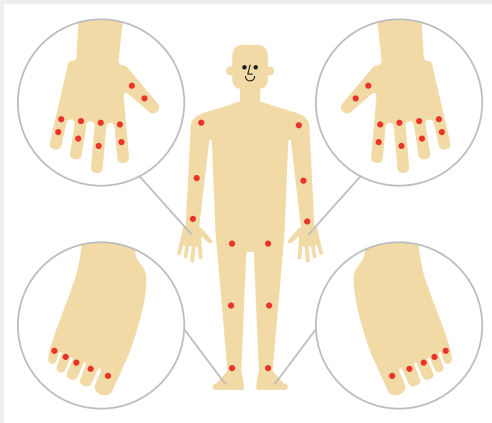
いまのあなたの治療について、どのように感じていますか？心配なことだけでなく、治療によって症状が改善されたかどうかも伝えましょう。

治療について、医師へ伝えたいこと

4 症状を記録する

痛みや腫れ、こわばり、疲労などのような関節リウマチの症状だけではなく、発熱、食欲不振や日常生活に問題があった場合、忘れずに伝えてください。

1. 症状がある部位と、症状がある期間などを
記入しましょう。



2. いまの痛みの強さが該当するあたりに線を入れましょう。

痛みなし

考えられる最大の痛み

3. 他に気になる症状はありますか（頻度や期間も書きましょう）。

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 朝、こわばりがある () | <input checked="" type="checkbox"/> 歩きづらい () |
| <input checked="" type="checkbox"/> だるい・疲れやすい () | <input checked="" type="checkbox"/> 食欲がない () |
| <input checked="" type="checkbox"/> 微熱がある () | |
| <input checked="" type="checkbox"/> その他 [症状:] () | |

5 質問する

わからないことや、聞きたいことがある場合は、遠慮なく質問しましょう。忘れないように、事前に質問を書いておきましょう。

医師に質問したいこと

