＊わかる範囲でお答えください＊

下記の薬剤をいままでに使ったことがありますか？

薬剤名　　　　　　　使用量　　　　　使用期間　　　　　効果　　　　　　　やめた理由

□リウマトレックス　　　　　ｍｇ/週　　　　　～　　　　□有　　□無　　　副作用　効果なし

　またはメトレート

□プログラフ　　　　　　　ｍｇ/日　　　　　～　　　　□有　　□無　　　副作用　効果なし

□アザルフィジン　　　　　 ｍｇ/日　　　　　～　　　　□有　　□無　　　副作用　効果なし

□リマチル　　　　　　　　ｍｇ/日　　　　　～　　　　□有　　□無　　　副作用　効果なし

□その他　　　　　　　　　ｍｇ/日　　　　　～　　　　□有　　□無　　　副作用　効果なし

□プレドニン

またはプレドニゾロン　 　　最大量　　　ｍｇ/日　　・　　　現在　　　　　ｍｇ/日

　　　　　　　　使用期間　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日　　　　服用中

下記の生物学的製剤を使ったことがありますか？

薬剤名　　　　　　　 　　　使用量　　　使用期間　　　　　　効果　　　　　 やめた理由

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（下記より）

□エンブレル２５ｍｇ　　　　　　　ｍｇ/週　　　　　～　　　　 □有　　□無・・・・

□エンブレル５０ｍｇ　　　　　　　ｍｇ/週　　　　　～　　　 　□有　　□無・・・・

□エンブレル５０ｍｇ（ペン）　　　　ｍｇ/週　　　　　～　　　　 □有　　□無・・・・

□アクテムラ皮下注　　　　　 　ｍｇ/週　　　　　～　　　 □有　　□無・・・・

□オレンシア　　　　　　　　　　ｍｇ/週　　　　　～　　　　 □有　　□無・・・・

□シンポニー　　　　　　　　　　ｍｇ/週　　　　　～　　　　□有　　□無・・・・

□ヒュミラ　　　　　　　　　　　ｍｇ/週　　　　　～　　　　□有　　□無・・・・

□シムジア　　　　　　　　　　　ｍｇ/週　　　　　～　　　　□有　　□無・・・・

□アクテムラ（点滴）　　　　　　　ｍｇ/週　　　　　～　　　　□有　　□無・・・・

□アクテムラ（点滴）　　　　　　　ｍｇ/週　　　　　～　　　　□有　　□無・・・・

□レミケード（点滴）　　　　　　　ｍｇ/週　　　　　～　　　　□有　　□無・・・・

□ゼルヤンツ（内服）　　　　　　　ｍｇ/週　　　　　～　　　　□有　　□無・・・・

⇒辞めた理由　　①効果がなかった　　②副作用があった　　　③経済的理由

今までに市の検診やがん検診を受診したことがありますか？

　　　　年　　　月頃　受診。

がん検診　　　肺がん　　　　　年　　月頃　　　胃がん　　　　年　　月頃

　　　　　　　大腸がん　　　　年　　月頃　　　前立腺がん　　年　　月頃

　　　　　　　乳がん　　　　　年　　月頃　　　子宮がん　　　年　　月頃