



# 問診票 (リウマチ科)

ふりがな	(年齢)
お名前	才

当院へのご来院は初めてですか？  
はい ・ いいえ

★紹介状をお持ちの方は、受付にご提出下さい

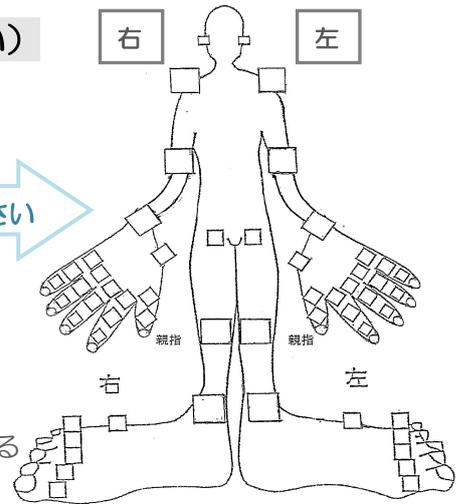
0. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ

1. 今日はどうなさいましたか？ (主な症状をお書き下さい)

( )

2. いつから、どこが、どのように痛いですか？

(いつから・どこが?)



例：2週間前から指が・2ヶ月前から膝が

(どんな痛み?)

例：ズキズキ・動かすと痛い・安静でも痛い・歩くと痛い・腫れている

3. 今までにかかった病気はありますか？ ある ・ ない

高血圧 ・ 糖尿病 ・ その他 ( )

4. 現在かかっている病気はありますか？ ある ・ ない (病名: )

→現在治療されていますか？ している ・ していない

病院名 ( )

5. 現在飲まれているお薬はありますか？ ある ・ ない

(病院の薬: ) (市販の薬: )

6. この1年間に健康診断を受けましたか？ はい( 月) ・ いいえ

何か指摘はありましたか？

7. 生活習慣についてお伺いします。

飲酒 : する ( 毎日・週数回・月数回 ) しない

たばこ : 吸う (1日 本) 以前吸っていた 吸わない

8. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？ ある ・ ない

薬 食べもの 花粉 その他 内容 ( )

9. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい ・ いいえ

●医療明細書は必要ですか？ 必要 ・ 不要

●当院をお知りになったきっかけは何ですか？

近所 / 看板 / 知人 / 医療機関検索 / ホームページ / 医療機関 / その他 ( )

ありがとうございました。記入が終わりましたら受付にお渡しください。