



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

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 ()

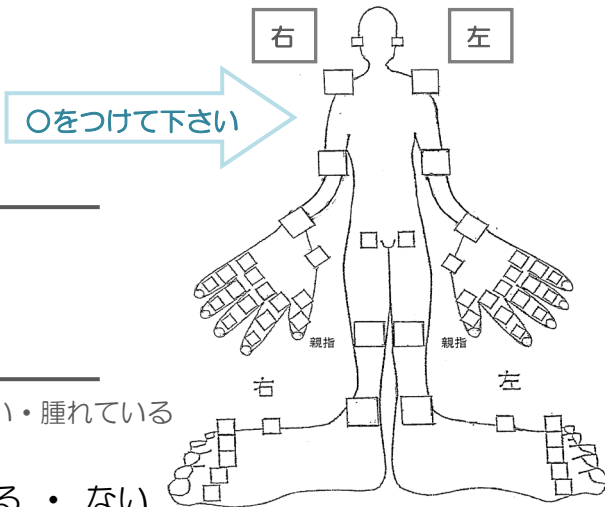
4. 現在かかっている病気はありますか？ ある ・ ない (病名:)
→現在治療されていますか？ している ・ していない
病院名 ()

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. 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

7. 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 ()

8. (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てください。