

※紹介状・採血結果・お薬手帳をお持ちの方は、問診表と一緒に受付へお出し下さい。

【ID: 】 該当する項目に☑印を付け、あてはまる欄をご記入下さい。

ふりがな

氏名:  (男・女)

生年月日: 昭・平 年 月 日 ( 歳) ご職業:

住所: 〒

携帯番号: -- 自宅: --

1) 本日はどうされましたか？

- 気になる症状があるのでリウマチかどうか調べたい。
- 他院からの紹介
- 現在リウマチで通院中、治療の相談

2) どの場所が、いつから痛みますか？

例：右の手首が1か月前から腫れて痛い

(内容: )

2) お薬や食べ物でアレルギーはありますか？ある場合はお書き下さい。

- ない  ある ()

3) 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか ( いいえ  はい  可能性あり)

授乳中ですか ( いいえ  はい)

4) 現在治療中の病気はありますか？

- いいえ  はい ()

5) 現在、飲まれているお薬はありますか？ お薬手帳は、問診表と一緒に受付へお出し下さい。

- いいえ  はい ()

6) 今までにかかった病気はありますか？

- なし  結核、肋膜炎、肺浸潤  乾癬(かんせん)  癌  胃潰瘍
- B型・C型肝炎・キャリアー  その他 ()

家族や周囲の方で以下の病気はありますか？

- なし  結核、肋膜炎、肺浸潤  乾癬(かんせん)

7) 一番初めに、当院を知ったきっかけは何ですか？

- インターネット検索  家族・知人の紹介  他院からの紹介
- クリニックの前を歩いて知った  北戸田イオン前の看板

8) 本日はどうやってお越しになりましたか？

- 車  バス  タクシー  自転車  徒歩