※紹介状・採血結果・お薬手帳お持ちの方は、問診票と一緒に受付へお出しください。

【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：　　―　　―

１）当院を何で知りましたか？　下記のいずれか１つにチェックお願いします

☐他院からの紹介　紹介状**あり**　※紹介状も一緒に受付へお出しください。

☐他院からの紹介　紹介状**なし**（受診をおすすめされた病院：　　）

☐グーグルで検索

☐ヤフーで検索

☐ユーチューブを見た　　☐その他（　　）

２）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。

☐　現在リウマチで治療中、治療の相談

３）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**：　　）

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？　お薬手帳も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）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　（　　）

８）女性の方のみお答え下さい。

現在、妊娠・授乳中ですか（☐　いいえ　☐　はい　☐　可能性あり）