

※紹介状・採血結果・お薬手帳をお持ちの方は、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つにチェックをお願いします

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

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)