

リウマチ科・膠原病<初診>問診票 令和 年 月 日

フリガナ： (男 ・ 女 ・ 無回答)

お名前： _____ 生年月日： _____

ご住所：〒 _____

電話番号： _____ 携帯番号： _____

E-mail： _____ @ _____

★ご家族等の連絡先（緊急時）：お名前： _____ 続柄：(_____)

電話番号： _____

初めて当院におかかりになる方におたずねします

1) 当院をどのようにして、お知りになりましたか？

近所に住んでいる ・ 近所に勤めている ・ 知人紹介 (_____ 様) 病院紹介 (_____) ・ その他 (_____)
--

2) 現在通院している病院・クリニックはありますか？また、現在服用されているお薬を全て教えてください

※お薬手帳があればご提出ください

病院・クリニック名：【 _____ 】

医薬品名：【 _____ 】

3) お薬や食べ物でアレルギーはございますか？ (なし ・ あり ⇨ _____)

4) 過去に大きな病気にかかったことはありますか？ (なし ・ あり)

※手術、1ヶ月以上内服治療、入院は必ずご記入ください

年月日	病院名	病名・治療内容

5) 身長： _____ cm 体重： _____ kg

6) 喫煙されたことはありますか？

(なし ・ あり _____ 本/日 ・ 過去に吸っていた _____ 歳 ~ _____ 歳 _____ 本/日)

7) 飲酒されますか？ (いいえ ・ はい _____ ml/日 ・ 機会飲酒)

8) 通院手段を教えてください？

(電車 ・ 車 ・ タクシー ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ その他 _____)

9) 家族構成、同居家族を教えてください

--

10) お仕事はされていますか？ ※「はい」の方はお仕事の内容を教えてください

(いいえ ・ はい)

11) 血縁のあるご親族の方に関節リウマチ・膠原病の方はいますか？また、他にご病気のある方はいますか

【 例：喘息 甲状腺 高血圧 糖尿病 悪性腫瘍など 】

(いる⇒病名： _____) ・ いない ・ わからない)

1 2) 骨粗鬆症の検査や治療をしたことがありますか？ (いいえ ・ はい)

1 3) 麻疹・風疹の抗体検査をしたことがありますか？ (いいえ ・ はい ・ わからない)

1 4) 麻疹・風疹のワクチン接種をしたことがありますか？ (いいえ ・ はい ・ わからない)

1 5) 女性の方にお聞きます。妊娠・出産歴があれば教えてください (なし ・ あり)

(_____) 最終月経 (_____)

1 6) 以下の症状はありますか？

- 朝のこわばり (なし ・ あり)
- 関節の痛み、腫れ (なし ・ あり)
- 眼痛、充血 (なし ・ あり)
- 髪の毛が抜けやすい (なし ・ あり)
- ドライアイ (なし ・ あり)
- ドライマウス (口の乾き ・ 喋りにくい ・ 飲み込みにくい ・ 虫歯が多い)
- 口内炎 (なし ・ あり)
- 呼吸器症状 (せき ・ たん ・ のどの痛み ・ 息苦しさ)
- 日光アレルギー (なし ・ あり)
- 寒い時に手先が白くなる (なし ・ あり)
- 皮膚症状 (なし ・ あり)
- 爪の変化 (なし ・ あり)
- 筋肉の症状 (筋肉痛、筋力低下)
- 安静時の腰痛 (じっとしていると痛いけど動くと楽になる) (なし ・ あり)
- 消化器症状 (便秘 ・ 下痢 ・ 腹痛)
- 足のむくみ (なし ・ あり)

1 7) いつ頃からどのような症状がありますか？

ご記入ありがとうございました。

当院は個人情報の重要性を認識し、その保護の徹底を図るために個人情報保護法を遵守します。

