

# 初めて当院におかかりになる方におたずねします

記入日： 年 月 日

フリガナ 男  
お名前 女  
無回答 生年月日 年 月 日  
ご住所 〒

電話番号 携帯電話

E-mail

☆ご家族の連絡先（緊急時）お名前

電話番号 続柄（ ）

1 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

近所 ホームページ 紹介 （病院： /知人： さま）

2 現在通院している病院、クリニックがあれば教えてください。

また、現在服用されているお薬を全て教えてください。お薬手帳があれば見せてください。

3 お薬や食べ物でアレルギーはありますか 無 / 有（ ）

4 過去に病気や手術があれば教えてください 無

年 月 日	病院	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 無 / 有⇨(以前吸っていた 才～ 才まで 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

9 家族構成、同居家族を教えてください

☆裏面もご記入お願いします☆

10 お仕事はされていますか。されている方はどのようなお仕事ですか（ ）

- 1 1 血縁関係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（喘息 甲状腺 高血圧 糖尿病 悪性腫瘍など）  
 いる（続柄： 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 女性の方にお聞きします。  
 妊娠・出産歴があれば教えてください 無 / 有⇒（ 年 月）（ 年 月）  
 最終月経（ 年 月 ）
- 1 6 以下の症状はありますか
- |                            |                               |
|----------------------------|-------------------------------|
| 朝のこわばり                     | 無 / 有⇒（ 分）                    |
| 関節の症状                      | 無 / 有⇒（痛み/ 腫れ）                |
| 髪の毛が抜けやすい                  | 無 / 有                         |
| 目の症状                       | 無 / 有⇒（眼痛/ 充血）                |
| ドライアイ（目の乾き）                | 無 / 有                         |
| ドライマウス（口の乾き）               | 無 / 有⇒（喋りにくい/ 飲み込みにくい/ 虫歯が多い） |
| 口内炎                        | 無 / 有                         |
| 呼吸器の症状                     | 無 / 有⇒（咳/ 痰/ 喉の痛み/ 息苦しさ）      |
| 日光アレルギー                    | 無 / 有                         |
| 寒い時に手先が白くなる                | 無 / 有                         |
| 皮膚症状                       | 無 / 有                         |
| 爪の変化                       | 無 / 有                         |
| 筋肉痛・筋力低下                   | 無 / 有                         |
| 安静時の腰痛（じっとしていると痛い）が動くと楽になる | 無 / 有                         |
| お腹の症状                      | 無 / 有⇒（便秘/ 下痢/ 腹痛）            |
| 足のむくみ                      | 無 / 有                         |
- 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