

問 診 表

記入日 年 月 日

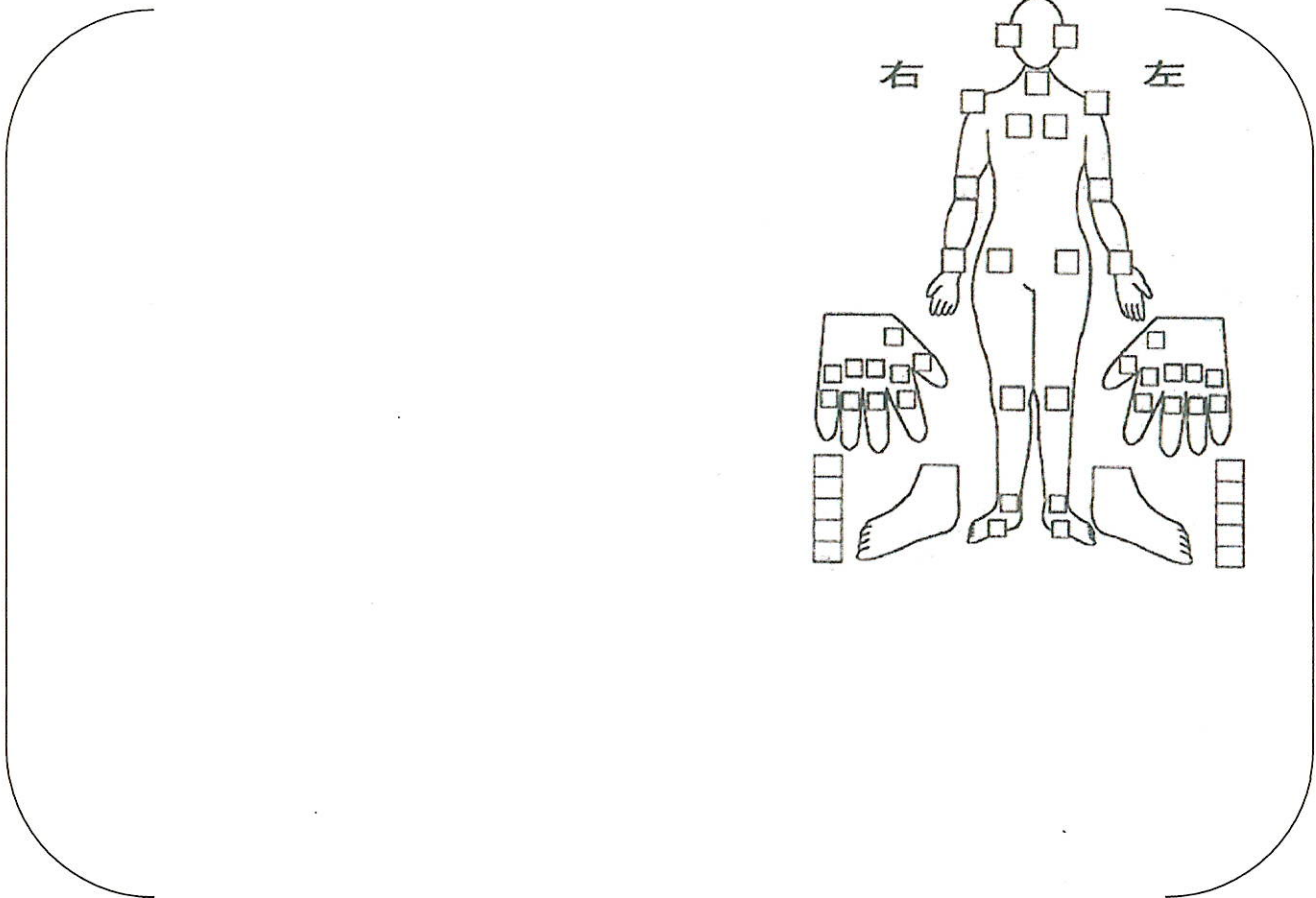
ふりがな				男 女	住所	〒		
氏 名	(生年月日 年 月 日生)							
身長	cm	体重	kg	電話番号				

1. 今日はどうな症状で受診されましたか？その症状はいつからですか？

ご自身の症状に当てはまるものがあれば○をつけてください。

- 2週間以上続く発熱 ・ 関節痛 ・ 手のこわばり ・ 筋肉痛 ・ 口内炎
 原因不明の発疹 ・ 手足のむくみ ・ 手足のしびれ ・ 手指の変色
 目の濁き ・ 口の濁き ・ 倦怠感が続く

※痛いところをチェックしてください。



3. 現在、通院中のご病気はありますか？

- ①はい (病名: _____)
 ②いいえ

4. 現在、内服している薬はありますか？

- ①はい (薬剤名: _____)
 ②いいえ

5. 上記以外に重大な病気にかかったり、あるいは手術を受けたことがありますか？
 ①はい（病名： _____)
 ②いいえ
6. 血縁関係のある方で、リウマチ・膠原病の方はいますか？
 ①はい（病名： _____)
 ②いいえ
7. 食べ物や薬剤のアレルギーはありますか？
 ①はい（食物名／薬剤名： _____)
 ②いいえ
8. 女性の方へ
- 現在妊娠していますか？ ①はい（週数： _____)
 ②いいえ
- 授乳中ですか？ ①はい
 ②いいえ
- 更年期でお悩みですか？ ①はい
 ②いいえ
- 閉経されていますか？ ①はい _____ 歳から
 ②いいえ
9. 今まで喫煙したことはありますか？
 ①はい（喫煙していた _____ 本／日 _____ 年間）（現在喫煙中 _____ 本／日 _____ 年間）
 ②いいえ
10. ご希望の検査など、ご要望があれば教えてください。

[_____]

～簡単なアンケートをお願いしております。ご協力をお願い致します。～

当院を知ったきっかけは何ですか？

●通りすがり（現地での開院告知看板） ●ホームページ ●家族や知人の紹介
 ●他医療機関の紹介 ●開院チラシ ●先生に元々診てもらっていた
 ●その他（ _____)