問　診　表

記入日　　年　　月　　日

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

1. 今日はどんな症状で受診されましたか？その症状はいつからですか？
（　　）

2. 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
目の渇き　・　口の渇き

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

9. 今まで喫煙したことはありますか？
①はい（　　本／日　　年間　　歳から禁煙　・　現在喫煙中　）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（　　）