

令和 3 年 月 日

## リウマチ膠原病内科 初診問診票

フリガナ \_\_\_\_\_ 男  
お名前 \_\_\_\_\_ 女 生年月日 T・S・H \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_

★ご家族等の連絡先(緊急時)お名前 \_\_\_\_\_ 続柄( )

電話番号 \_\_\_\_\_

1. 当院をどのような方法でお知りになりましたか？  
近所在住である ホームページを見た 雑誌(\_\_\_\_\_)  
紹介された\_\_\_\_\_様(差し支えなければ教えて下さい)
2. 現在通院している医院・病院、内服している全ての薬を教えてください。  
※お薬手帳があれば見せて下さい。

[ \_\_\_\_\_ ]

3. 薬・食餌・その他のアレルギーを教えてください。  
なし あり[抗生剤・解熱剤・花粉・甲殻類・その他(\_\_\_\_\_) ]

4. 過去に大きな病気にかかったことはありますか？  
※ 手術、1ヵ月以上内服治療、入院は必ずお書き下さい。

なし ありの方は詳しくご記入下さい。

年月日	病院	病名、治療内容

5. 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 最終月経 [ \_\_\_\_\_ ]
6. 喫煙された事がありますか？ なし あり 1日 \_\_本\_\_ ~ \_\_才\_\_まで

☆ 裏面もご記入お願いいたします

●65 歳以上の方、もしくは日常生活で補助が必要な方にお伺いします。

7. 通院手段を教えてください。(電車・タクシーなど: )  
8. 同居家族を教えてください。(息子夫婦など: )

●リウマチ・膠原病の方(疑いも含む)にお伺いします。

9. ご家族の方にリウマチ又は膠原病の方はいますか？  
□いない(分からない) □いる(続柄: )
10. 今まで骨粗鬆症の検査や治療をしたことがありますか？□はい□いいえ
11. 麻疹・風疹の抗体は検査していますか？ □はい □いいえ
12. ドライマウス □なし □あり ドライアイ □なし □あり
13. 皮膚の症状はありますか？ □なし □あり(部位: )  
日光アレルギーはありますか？ □なし □あり  
爪の変化はありますか？ □なし □あり

●みなさんにお伺いします。

14. **いつ頃からどんな症状**が出ていますか？

痛い関節に×印をつけて下さい。

---

---

---

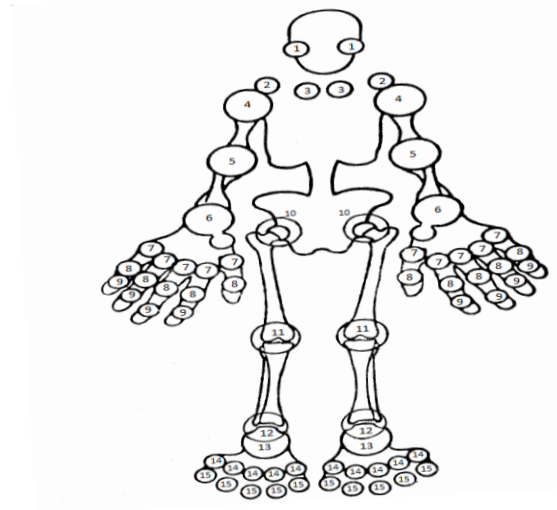
---

---

---

---

---



ご記入ありがとうございました。漢方外来の方は別紙の問診票もあります。  
ご記入後の用紙は受付スタッフにお渡してください。

新宿南リウマチ膠原病クリニック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順守します。