

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  
ご住所 〒 \_\_\_\_\_ 無回答 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

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

☆裏面もご記入をお願いします☆

- 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 ( )
- 11 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
- 12 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
- 13 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
- 14 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
- 15 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 )
- 16 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)が動くとき楽になる) | 無 / 有                          |
| お腹の症状                         | 無 / 有⇒ (便秘/ 下痢/ 腹痛)            |
| 足のむくみ                         | 無 / 有                          |
- 17 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。

漢方外来受診の方は別紙の問診票のご記入もお願いいたします。

医) 東信会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  
医療法人社団 東信会 作成日: 2022年10月1日

