

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()

【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)

1 当院受診の一番の理由(症状など)を教えてください

2 1.の症状はいつごろからありますか

3 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

☆裏面もご記入お願いします☆

4 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。

5 過去に病気や手術があれば教えてください 無

年 月 日	病名 治療内容	病院

6 お薬や食べ物でアレルギーはありますか 無 / 有 ()

7 身長 cm 体重 kg

8 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)

9 飲酒されますか いいえ / はい(ml/日 ・ 機会飲酒)

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 女性の方にお聞きします。
最終月経 (年 月)

12 家族構成、同居家族を教えてください

13 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

ご記入ありがとうございました