初診時問診票

年　月　日

フリガナ	緊急連絡先：(自宅・携帯)
氏名：	
身長：　cm・体重：　kg	同居家族　あり　なし

1．本日どのような症状があって受診されましたか？

□朝のこわばり(持続時間：　) □関節の痛み □筋肉の痛み □目や口の乾燥 □口内炎
□皮膚のつっぱり □手足の皮膚の色の変化 □発疹 □発熱が続く □せき・たん □息苦しさ
□検診精査　その他(　)

2．その症状（状態）はいつ頃から始まりましたか？

3．現在他の医療機関へ通院はされていますか？

□いいえ
□はい　医療機関：
　病名：

4．現在処方されているお薬はありますか？　□はい　□いいえ
お薬手帳は持参されていますか？　□はい　□いいえ
(薬剤名とのみ方：　)

5．これまでに大きな病気（入院や手術を要する病気等）にかかったことはありますか？

□いいえ
□はい　(病名：　時期：　)
(医療機関：　治療内容：　)

6．これまでに薬（飲み薬・注射）や食品でアレルギー症状が出たことはありますか？

□いいえ
□はい　薬品名：
　食品名：
(症状：　)

7. タバコは吸いますか？

□いいえ　(□これまで吸ったことがない　□吸っていたがやめた：　歳まで)
□はい　(　歳から、1日：　本)

8. お酒は飲みますか？

□いいえ
□はい　(週　日、酒量：　)

9. 家族にリウマチ膠原病の方はいらっしゃいますか？

□いいえ　□はい(続柄：　)

10.（女性のみ）現在妊娠中または授乳中ですか？　□いいえ　□はい

11. 当院をどのように知りましたか？

□他院からの紹介 □テレビ □当院ホームページ □看護外来のパンフレット □雑誌 □知人
□その他(　)