

リウマチ・膠原病・痛風外来問診票

受診日

年

月

日

ふりがな

お名前 _____ 様 _____ 年齢 _____ 歳

ご住所 〒 _____

電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____

◎今日どのような症状で受診されましたか？(○を付けてください)

朝のこわばり 関節痛 関節変形 関節の腫れ 筋力低下 手足のしびれ 筋肉痛
皮膚の症状(湿疹・ただれ・腫れ・かゆみ) → ※ある場合は部位() 発熱
口渇 ドライアイ 日光湿疹 口内炎 レイノー症状 便秘 下痢 陰部潰瘍
その他()

・いつからですか？()

◎関節リウマチの治療を受けたことがありますか？(はい ・ いいえ)

◎血縁者にリウマチ 膠原病の方はいますか？(はい ・ いいえ)

◎今までにかかった事のある病気はありますか？(はい ・ いいえ)

糖尿病 橋本病 高血圧 高脂血症 脳卒中 心臓病
その他()

◎現在通っている病院はありますか？(はい ・ いいえ)

病院名() ()

病院名() ()

◎内服しているお薬はありますか？(はい ・ いいえ)

※お薬手帳がある方は一緒に出してください。

お薬の名前()

◎手術を受けたことがありますか？(はい ・ いいえ)

年 月 人工関節置換術 (部位:)

年 月 術

◎アレルギーはありますか？

・薬のアレルギー はい() ・ いいえ

・食品のアレルギー はい() ・ いいえ

・その他()

◎たばこを吸いますか？(はい ・ いいえ)

以前吸っていた (歳から 1日 本)

◎お酒を飲みますか？(はい ・ いいえ) (量:)

◎当院をどのように、お知りになりましたか？(複数回答可)

(ホームページ ・ 友人の紹介 ・ 他院紹介 ・ 地下鉄の看板 ・ 雑誌)

◎ (女性の方) 妊娠中または妊娠の可能性はありますか？(はい ・ いいえ)

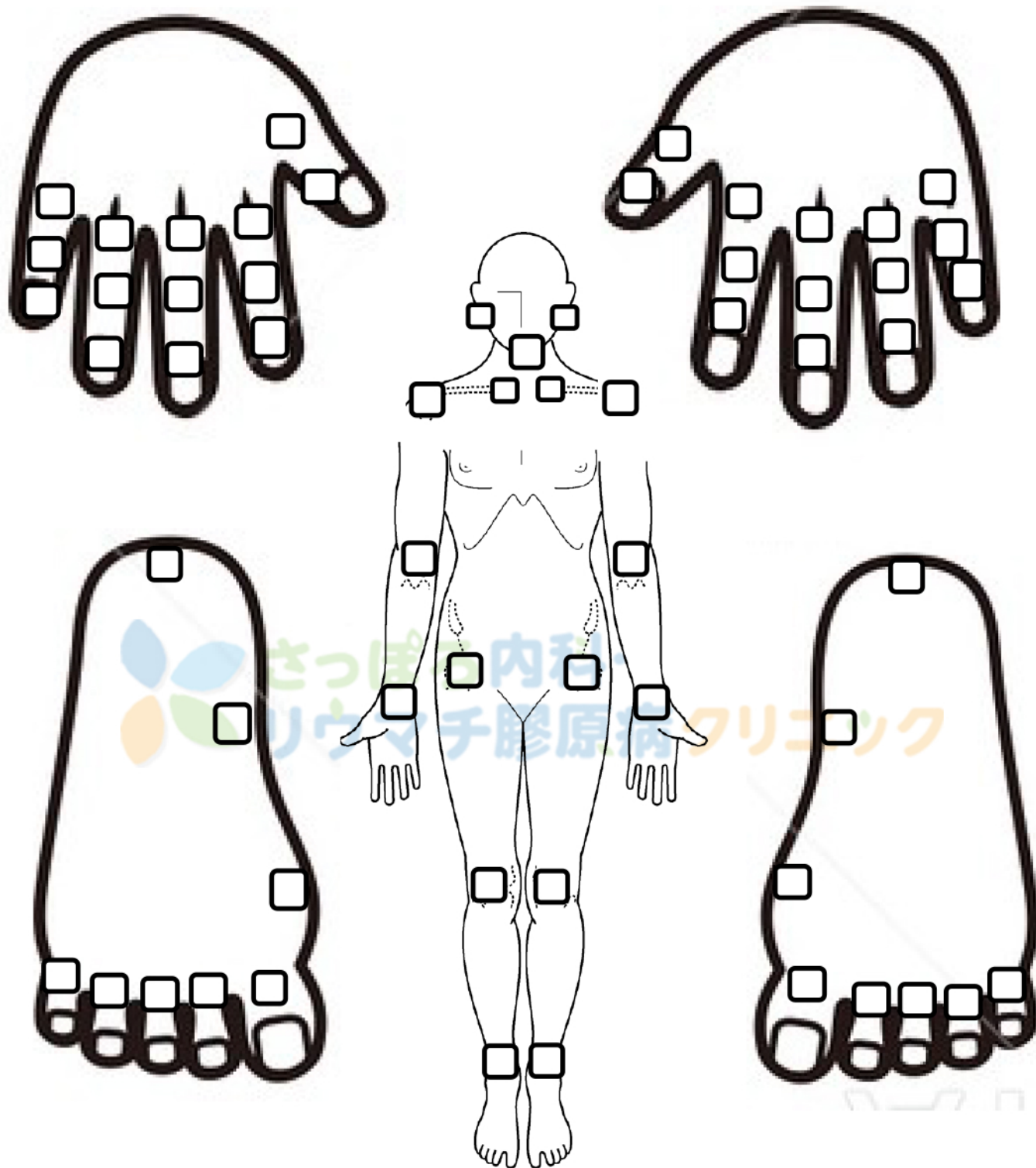
◎職業 ()

【看護師記入欄】

身長() cm 体重() kg 握力 右() 左()

<裏面もご記入ください>

<痛みや腫れ、違和感がある部分にチェックしてください>



ご記入ありがとうございました
