

関節リウマチ 問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)
住所	〒 -		
電話番号	自宅 ()	携帯番号	()
☆ご家族の連絡先(緊急時)お名前 フリガナ 氏名		続柄()	電話番号 ()

- いつ頃からどのような症状がありますか
- 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すべて教えてください。お薬手帳があれば見せてください。
無 ・ 有 (通院先病院またはクリニック名:)
(服用薬:)
- 今まで病気にかかったことや手術はありますか 無 ・ 有 ()
- アレルギー(食物・薬)はありますか 無 ・ 有 ()
- リウマチや膠原病にかかったことがあるご家族はいますか 無 ・ 有 ()
- 身長()cm 体重()kg
- 喫煙されたことはありますか 無 ・ 有 ()才～()才まで()本/日
- 飲酒されますか 無 ・ 有 ()ml/日 ・ 機会飲酒
- 職業は何ですか ()
- 骨粗鬆症の検査や治療をしたことがありますか 無 ・ 有
- 女性の方にお聞きます。妊娠出産歴はありますか 無 ・ 有
今後、妊娠のご予定はありますか 無 ・ 有
- 以下の症状はありますか 無 ・ 有 有の場合は該当項目にチェックを入れてください
朝のこわばり ()分 関節の症状 (痛み ・ 腫れ) 脱毛
眼症状 (眼痛 ・ 充血) ドライアイ(目のかわき) ドライマウス(口のかわき)
口内炎 呼吸器症状(咳 ・ 痰 ・ 喉の痛み ・ 息苦しさ) 日光アレルギー
レイノー(手足の冷感) 皮膚症状 爪症状 筋肉痛・筋力低下
安静時の腰痛(じっとしていると痛い動くとき楽になる) 消化器症状 (便秘 ・ 下痢 ・ 腸
下肢のむくみ
- 介護保険 無 ・ 有 (介護度 : 要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

◎当クリニックは、診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の活用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報取得加算 初診時:1点 再診時(3月に1回):1点

よねもと整形外科