

おうみりウマチ膠原病・内科クリニック 問診票

●マイナ保険証を提示して初診受付される場合：診療情報取得に同意します →

フリガナ ()
氏名 _____

特定医療費（指定難病）の受給者証をお持ちの方はをお願いします

年齢 _____ 歳（昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ） 国籍 _____

住所 〒 _____ - _____

電話番号 自宅： _____

携帯： _____

緊急連絡先の希望がない方は、をお願いします

緊急連絡先： _____（続柄） _____

●ご予約時間に来院されない場合など、当院よりご連絡をさせて頂く場合がございます。希望連絡先にをお願いします。（ご自宅・携帯電話ともにご連絡可能な場合は、両方にをお願いします）

ご自宅 携帯電話

■ 本日来院された主な理由・症状は何でしょうか？

■ 身長 () cm ■ 体重 () kg ※分かる方のみご記入お願いします

■ 最近の症状について（該当するものをすべて○で囲ってください）

体温	熱 寒気	最高 () 度	平熱 () 度くらい
目・耳・口	眼の乾き、視力の低下、口の乾き、口内炎、耳鳴り、聴力の低下		
頭部	頭痛、めまい、けいれん、意識を失う		
胃腸	腹痛、胃の痛み、胸焼け、黒い便、血便、痔、便秘 () 吐き気、嘔吐 (回)、下痢 (回/日)		
胸部	胸の痛み、動悸、呼吸困難、咳、痰（色：白、黄色、緑、茶色、血痰）		
手・足・腰	手足のむくみ、指の冷え、関節痛、手のこわばり、腱鞘炎 筋肉痛、筋力の低下、腰痛、手足のしびれや感覚低下		
皮膚	皮膚炎（湿疹）、かゆみ、じんましん、日光過敏症、脱毛		
尿路	排尿時の痛み、血尿、失禁、排尿困難、頻尿		
精神	うつ、不安、不眠		

（次のページへお進み下さい）

■ 既往歴（わかる範囲で該当するものを○で囲ってください：例 高血圧）

心臓	高血圧、不整脈、狭心症、心筋梗塞、その他（ ）
血液	貧血、輸血、静脈血栓症、その他（ ）
消化器	潰瘍、胃炎、肝炎、脂肪肝、すい炎、胆石、 その他（ ）
尿路系	尿路結石、慢性腎炎、膀胱炎、腎盂腎炎、その他（ ）
呼吸器	ぜん息、慢性気管支炎、肺気腫、間質性肺炎、気胸 その他（ ）
筋骨格	リウマチ、腰痛、膠原病 その他：病名（ ）
感染症	結核、蓄膿症、中耳炎、リウマチ熱、その他（ ）
神経	けいれん、脳梗塞、クモ膜下出血、その他（ ）
内分泌・代謝	甲状腺、糖尿病、高脂血症、その他（ ）
アレルギー	花粉症、アトピー、食物アレルギー、その他（ ）
その他	がん、白内障、アトピー、その他（ ）

■ 海外渡航歴 国名（ ）：（ ）ヵ月前に渡航

■ 手術されたことがあれば教えて下さい（盲腸、胆石、扁桃摘出、骨折、がんなど）

■ 現在服用しているお薬について

（ビタミン剤、ホルモン剤、漢方薬、鎮痛薬も含む）

- 服用なし
 服用あり（お薬手帳 あり ・ なし ）

↓

◆ お薬の名前・量・回数 ※お薬手帳に記載の無い場合のみ記入してください。

◆ お薬に対するアレルギーは（ なし ・ あり ）
 起こした薬の名前（ ）
 アレルギーの症状（皮疹・むくみ・その他_____）

■ 生活習慣について教えて下さい

喫煙歴	あり・なし	1日 約 本 × 年間	：（禁煙 年前から）
飲酒	あり・なし	1日	：ワイン 杯、ビール 本、日本酒・焼酎 合、その他

■ 健診歴

(受けたことがある検査を○で囲って、最後に受けた年をご記入ください)

記入例 : ○胃カメラ (2008年)

胃カメラ	年	大腸カメラ	年	便潜血	年
子宮癌検診	年	乳癌検診	年	CT検査 (胸部・腹)	年
その他の健診での異常	健診名 : () 年				

■ 家族歴 (血縁のあるご家族で該当するものの横に続柄をご記入ください。)

記入例 : ○高血圧 祖父

心筋梗塞		突然死		脳血管障害		高血圧	
アトピー		結核		喘息		糖尿病	
甲状腺疾患		片頭痛		リウマチ		膠原病	
がん		肝炎		その他 ()			

■ 女性のみ記入してください

最終生理開始日 (年/月/日) / / /

現在妊娠中ですか? はい ・ いいえ (通院中の産科 : _____)

今後妊娠の希望は あり ・ なし 「あり」と回答→不妊治療中ですか? はい ・ いいえ
(通院中の産科 : _____)

出産____回 自然流産____回

■ このクリニックを何で知りましたか?

- () 主治医からの紹介
- () 知人・友人のすすめ
- () 膠原病友の会のすすめ
- () ホームページを見て
- () その他 (新聞チラシ、家族が通院など):

■ その他 : 自由にご記入下さい

ご記入お疲れ様でした。

医療機関記入欄

受付		保険証返却確認 <input type="checkbox"/>	記入日
会計			年 月 日