

初診問診票

診察の参考にします。分かる範囲でご記入ください。書きにくい項目は空欄でもかまいません。

氏名 _____ フリガナ _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 ☐ 男 ☐ 女
電話番号 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
ご住所 _____
緊急連絡先（任意） 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

1 今回いちばん相談したいこと

今日いちばん相談したいことを教えてください。症状、検査の異常、現在の病気の治療継続など、自由にご記入ください。症状の経過は、「いつごろ・何が起きたか」が分かるように、できるだけ時系列（起こった順）でご記入ください。

いつ頃からですか _____

検査の異常を指摘された場合：
検査名や結果（分かる範囲で）

このことで他の医療機関を受診している場合：
医療機関名・診断名（分かる範囲で）

2 現在治療中の病気・通院中の医療機関

☐ ない ☐ ある

病名・医療機関名（分かる範囲で）

3 現在使用している薬

☐ ない ☐ ある

お薬手帳、薬剤情報提供書、処方内容が分かる資料をお持ちの場合はご持参ください。

資料がある場合、薬剤名をすべて書き写す必要はありません。資料がない場合は、分かる範囲で主な薬をご記入ください。

前島リウマチ内科クリニック 初診問診票（つづき）

4 アレルギー・薬で困ったこと

薬やその他のもので、アレルギー反応や強い副作用を起こしたことがありますか。

☐ ない ☐ ある

原因となった薬・物質、症状（分かる範囲で）

5 これまでの大きな病気・入院・手術

☐ ない ☐ ある

内容（分かる範囲で）

6 身長・体重

身長 _____ cm 体重 _____ kg

7 喫煙・飲酒

喫煙

- ☐ 吸わない
☐ 過去に吸っていた
☐ 現在吸っている

飲酒

☐ 飲まない ☐ 飲む

種類・量・頻度（分かる範囲で）

8 妊娠・授乳・育児希望について（該当する方のみ）

現在または今後の治療を安全に考えるため、該当するものがあればお知らせください。

- ☐ 現在妊娠している
☐ 妊娠している可能性がある
☐ 現在授乳している
☐ ご自身またはパートナーとの妊娠を希望・予定している
☐ いずれも該当しない
☐ 今回は回答しない

9 その他

診察で伝えておきたいこと、特に気になっていることがあればご記入ください。

お持ちの場合は一緒にご持参ください

紹介状、これまでの検査結果、画像CD、お薬手帳・薬剤情報提供書など