前島リウマチ内科クリニック

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 あてはまる症状

次のうち、あてはまるものすべてに✓をつけてください。

- ☐ 朝、手がこわばって動かしにくい
- ☐ 目や口が乾く
- ☐ 口内炎をくり返す
- ☐ 寒いと指先が白や紫に変わる（レイノー現象）
- ☐ 日光に当たると皮膚が赤くなる・発疹が出る（日光過敏）
- ☐ いずれもない

3 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）

4 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）

5 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）

6 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）

7 ご家族の病気

ご家族（血のつながった方）に、関節リウマチ・膠原病の方はいますか。

☐ ない　☐ ある　☐ 分からない

「ある」の場合：続柄・病名（分かる範囲で）

8 身長・体重

身長 _____ cm　　体重 _____ kg

9 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）

10 月経・妊娠・授乳・挙児希望について（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。

月経（生理）は、どうですか。

☐ 順調　☐ 不順　☐ 閉経した（ ____ 歳ごろ）

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

11 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。