

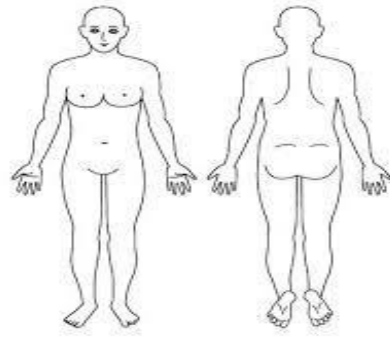
整形外科ペインクリニックリウマチ膠原病科問診票

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別： 男 女
職業： _____ 趣味として行うスポーツ _____

今回の受診は、当院では初めてですか？ はい いいえ
このお悩みで他院で診察を受けていますか？ はい いいえ
前医名 _____ 診断名 _____

お悩みの症状はなんですか？ _____

どこがですか？ _____
いつ頃からですか？ _____
原因と思うものがありますか _____
労災ですか？ はい いいえ
交通事故ですか？ はい いいえ



今までに下記の病気を患ったことがありますか？
高血圧 心臓病 糖尿病 腎臓病 胃腸病 喘息 結核
関節リウマチ 膠原病 痛風 骨粗鬆症 その他 _____

御家族に下記の病気の方はいますか？
高血圧 心臓病 糖尿病 腎臓病 胃腸病 喘息 結核
関節リウマチ 膠原病 痛風 骨粗鬆症 癌 その他 _____

今 服用しているお薬はありますか？ ある ない
お薬の名前は？ _____

薬や 注射で気分が悪くなったりショックやじんましんが出たことがありますか？
ある ない あればどのような薬ですか？ _____

手術を受けたことがありますか？ ある ない 手術名 _____
治療の希望はありますか？例えば 注射が嫌だとか痛い治療は嫌だなど _____

女性にお聞きします 妊娠していますか？ はい いいえ
最終の生理はいつですか？ _____

その他 ご希望があれば お教えてください

