※紹介状・採血結果・お薬手帳お持ちの方は、問診票と一緒に受付へお出しください。

【ＩＤ：　　】　該当する項目に☑印を付け、あてはまる欄をご記入下さい。

ふりがな

氏名：　　（　男・女　）

生年月日：昭・平　　年　　月　　日　（　　歳）　ご職業：

住所：〒

携帯番号：　　―　　―

１）当院を何で知りましたか？　下記のいずれか１つにチェックお願いします

□他院からの紹介　紹介状**あり**　※紹介状も一緒に受付へお出しください。

□他院からの紹介　紹介状**なし**（受診をおすすめされた病院：　　）

□グーグルで検索　　□ヤフーで検索

□その他（　　）

２）当院を選ばれた理由を教えて下さい。

（　　）

３）本日はどうされましたか？

□　気になる症状があるのでリウマチかどうか調べたい。

□　現在リウマチで治療中、治療の相談

４）どの場所が、いつから痛みますか？

（　　）

５）現在治療中の病気はありますか？

□　いいえ　　□　はい（　　）

６）現在、飲まれているお薬はありますか？　お薬手帳も一緒に受付へお出し下さい。

□　いいえ　　□　はい（　　）

７）今までにかかった病気はありますか？

□　なし　　□　結核、肋膜炎、肺浸潤　　□　乾癬（かんせん）　　□　癌　　□　胃潰瘍

□　Ｂ型・Ｃ型肝炎・キャリアー　　□　その他（　　）

家族や周囲の方で以下の病気はありますか？

□　なし　　□　結核、肋膜炎、肺浸潤　　□　乾癬（かんせん）

８）お薬や食べ物でアレルギーはありますか？ある場合はお書き下さい。

□　ない　　□　ある　（　　）

９）女性の方のみお答え下さい。

現在、妊娠・授乳中ですか（□　いいえ　□　はい　□　可能性あり）