

フリガナ 氏名	生年月日 大正・昭和 年 月 日 平成・令和 年齢 歳
〒 住所	
電話番号 (自宅・携帯)	職業
生活状況 同居家族 なし(一人暮らし)・あり 名	

◇ どのような症状で受診されましたか？ (当てはまる症状にチェックをつけてください)

朝のこわばり 関節痛 関節の変形 関節の腫れ 手足のしびれ 筋肉痛 筋力低下 発熱
 倦怠感 くちの渴き ドライアイ 陰部潰瘍 口内炎 レイノー症状 日光湿疹 下痢
 皮膚の症状 (湿疹・かゆみ・ただれ) 部位: _____ その他 (_____)
 いつ頃からですか? (_____ 年 _____ 月頃)

◇ 関節リウマチといわれた事がありますか?

なし・あり (_____ 年 _____ 月頃 病院名: _____)

◇ ご家族・親戚の方で、リウマチや膠原病の方はいますか?

なし・あり (_____)

◇ 今までにかかった事のある病気はありますか？ (当てはまる病名にチェックをつけてください)

なし・あり 高血圧 高脂血症 脳疾患 結核 B/C型肝炎 性感染症
 糖尿病 橋本病 心臓病 腎臓病 その他 (_____)
 通院している病院: (_____)

◇ 手術を受けたことがありますか?

なし・あり (_____ 年 _____ 月頃 手術内容: _____)

◇ 飲んでいるお薬(市販薬も含む)・サプリメントはありますか?

なし・あり ※お薬手帳・アプリ がある方はご提出お願いします。
 お薬の名前 (_____)

◇ お薬・食べ物などのアレルギーはありますか?

なし・あり (_____)

◇ 紙タバコ・電子タバコを吸いますか?

吸わない・吸う _____ 本/日 ・ 吸っていた 1日 _____ 本程度 _____ 歳～ _____ 歳

◇ お酒を飲みますか?

飲まない 飲む (週 _____ 日) (量・種類 _____)

◇ 当院をどのようにお知りになりましたか？ (複数回答可)

ホームページ・SNS 知人の紹介 地下鉄看板 雑誌・新聞 他院紹介

◇ 女性の方 妊娠・または妊娠の可能性などありますか?

妊娠希望 _____ ・ 妊娠中 (_____ 週目) _____ ・ 授乳中

※以上となります。受付へお渡しく下さい

【看護師記入欄】 身長: _____ 体重: _____ 握力: _____ 右 _____ 左 _____