



カルテ取り込み

医療法人社団鴻愛会

OKP  クリニック

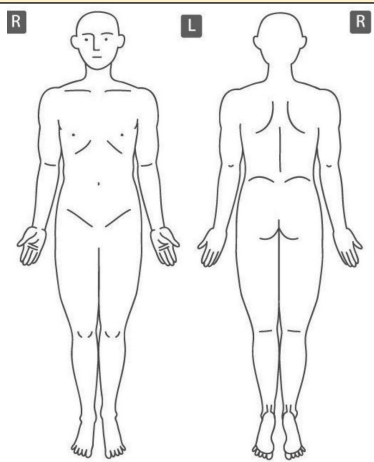
令和 年 月 日

リウマチ・膠原病内科 問診票 (1/2ページ)

フリガナ 名前		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳
住所	〒				
連絡先	ご自宅	—	—	携帯	—

◆下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

当院をどのようにして お知りになりましたか？	近所に住んでいるため ・ チラシ、広告などで知った ・ 通りがかりで知った ネット検索（ホームページ、Googleなど） ・ ご友人やご家族からの紹介（ ） 他院様からの紹介 ・ YouTube 広告で知った ・ その他（ ）
---------------------------	---

どのような症状ですか？	痛みや気になる部位に○をつけてください
	
いつ頃からありますか？	

現在の症状で 当てはまるものはありますか？ （複数回答可）	日光過敏・手指冷感・関節痛・筋痛・熱・皮膚異常（湿疹など） しびれ・体重減少・食欲低下・目の渴き・口の渴き・口内炎 咳・息切れ・口の開けにくさ・のみこみにくさ
今回の症状で診察を 受けたことはありますか？	ない ・ ある （ 病院 科）
服用しているお薬はありますか？	ない ・ ある （ ）
使用中のサプリメント 健康食品はありますか？	ない ・ ある （ ）
お酒は飲みますか？	いいえ ・ はい（頻度 回/週） 1日あたり 日本酒（ ml）ビール（ ml）ワイン（ ml）
タバコは吸いますか？	いいえ ・ はい（1日 本） 喫煙歴（ 年） 過去に吸っていたがやめた（1カ月以上経過）（ 歳～ 歳まで 1日 本）
妊娠中または授乳中ですか？（女性のみ）	いいえ・わからない・可能性あり・はい（ 週目）・授乳中
流産されたことはありますか？（女性のみ）	ない ・ ある（時期： ）
体重は何kgですか？（16歳未満のみ）	（ kg） *薬量の調整等で必要な場合があります

*2ページに続きます

◆過去にかかった病気を出来る限り詳しく教えてください。

発症年	病名	治療経過	現在治療中	手術	輸血
令和6年	高血圧	〇〇病院で内服治療	○	なし	なし

左記の疾患の既往はありますか？	気管支喘息	いいえ ・ はい	(最終発作： 年 月頃)
	歯周病	いいえ ・ はい	
	結核感染症	いいえ ・ はい ・ 周囲の人が罹患した	

◆アレルギーについて教えてください。

アレルギー	有無	名称	症状
薬	ない ・ ある		
食べ物	ない ・ ある		
造影剤	ない ・ ある		
体内インプラント (デバイス、金属、タトゥー等)	ない ・ ある		
ゴム、ラテックス アルコール綿等	ない ・ ある		

◆ご家族や伸筋者の病名・健康状態について、出来る限り詳しく教えてください。

続柄	性別	年齢	生存	既往歴	同居	氏名
祖父（父方）	男	88歳	○	心筋梗塞	×	OKP 太郎

診察の希望について教えてください	薬が欲しい ・ 診断書が欲しい ・ その他（ ）
------------------	--------------------------

*お薬手帳がありましたらご提示をお願いいたします。

ご協力ありがとうございました。