

# RA 初診問診票

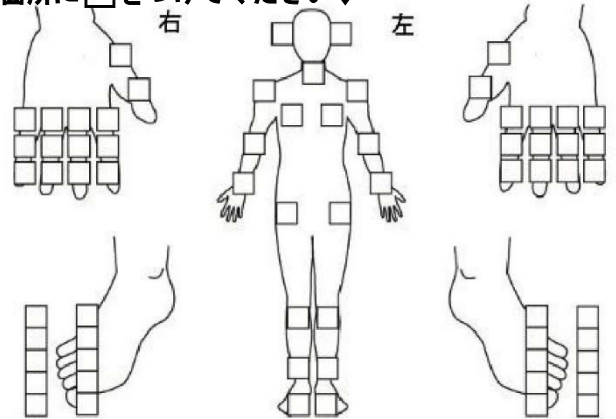
受診日： 年 月 日

フリガナ		生年月日	男・女	現在の体温  ℃
氏名		明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)		
住所				
〒 -				
連絡の取れる電話番号	-	-	本人・家族・その他 ( )	
	-	-	本人・家族・その他 ( )	
職業		身長	cm	体重
				kg

●今日はどうなさいましたか？症状をご記入下さい

症状：

気になる箇所に☑をつけてください↓



●この症状はいつからですか？

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から / \_\_\_\_\_ 年前から

●現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい 病名： \_\_\_\_\_ 医療機関名： \_\_\_\_\_  
病名： \_\_\_\_\_ 医療機関名： \_\_\_\_\_

●本日お薬手帳をお持ちですか？

はい (お薬手帳をご提示ください) いいえ 現在飲んでいる薬があればご記入下さい： \_\_\_\_\_

●血縁関係のある方の中で次の病気にかかっている人はいますか？

いいえ はい 高血圧 糖尿病 脂質異常 (コレステロール値が高い) 喘息 リウマチ/膠原病  
間柄 祖父・祖母 父・母 兄弟 子供

●お薬の服用で具合が悪くなる、アレルギー症状を起こすことがありますか？

いいえ はい 薬名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_

●タバコは吸いますか？

いいえ (一度もない・やめた) はい \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで 1日 \_\_\_\_\_ 本

●お酒は飲みますか？

いいえ (ほとんど飲まない) はい (毎日・時々)  
ビール中瓶 1本程度 (1合) それ以上 ( \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ 程度)

●女性の方：妊娠もしくは授乳中ですか？ いいえ はい ( 妊娠中 / 授乳中)

●当院を何で知りましたか？ 紹介 (他院・知人： \_\_\_\_\_ 様・ご家族： \_\_\_\_\_ 様)  
HP・SNS 看板・近所・駅から見えた その他 ( \_\_\_\_\_ )