

# 紹介患者 リウマチ外来 初診問診表

令和 年 月 日

※リウマチ科のお申込みをいただく際は、全て記入していただき  
紹介状・検査データと併せてFAXをお願いいたします。

市立御前崎総合病院

地域連携室

TEL：0537-86-8852

FAX：0537-86-8853

お名前

生年月日

大・昭・平・令

年

月

日

紹介元

下記の質問について、当てはまるところに✓をしてください。（裏面もあり）

1. 今まで大きな病気、または手術をしたことがありますか？また、それはいつですか？

- ① 高血圧 ☐なし ☐あり（いつ頃： ）
- ② 心臓病 ☐なし ☐あり（いつ頃： ）
- ③ 糖尿病 ☐なし ☐あり（いつ頃： ）
- ④ がん ☐なし ☐あり（いつ頃： ）  
（部位： ）
- ⑤ 腎臓病 ☐なし ☐あり（いつ頃： ）
- ⑥ 呼吸器疾患 ☐なし ☐あり（いつ頃： ）
- ⑦ その他 ☐なし ☐あり（いつ頃： ）  
（病名： ）  
☐治療中 ☐良好

2. 現在、他院に通院していますか？

☐いいえ

☐はい（通院先： 病院、 科）  
（病名： ）

3. 現在、他の科や病院からのくすりを飲んでいますか？

※おくすり手帳があれば見せてください。

☐なし

☐あり（薬剤名： ）

※裏面へ続く

4. ご家族について教えてください

(亡くなった方も含め、ご家族の年齢、かかっている病気、死亡した年齢と病名)

- 両親 (父親: 歳 生・死 同居・非同居 )  
(母親: 歳 生・死 同居・非同居 )  
●兄弟 ( 歳 生・死 同居・非同居 )  
( 歳 生・死 同居・非同居 )  
●配偶者 ( 歳 生・死 同居・非同居 )  
●子供 ( 歳 生・死 同居・非同居 )  
( 歳 生・死 同居・非同居 )

5. タバコを吸いますか？

- ☐ いいえ  
☐ はい (1日 本 歳から)  
☐ 以前吸っていた (1日 本 歳から 歳まで)

6. お酒を飲みますか？

- ☐ いいえ  
☐ はい (1日 何を: どの位: 週に: 日位)

7. 最終学歴について教えてください

- ☐ 小学校  
☐ 中学校  
☐ 高等学校  
☐ 専門学校  
☐ 短期大学  
☐ 大学  
☐ その他 ( )

8. 職業は何ですか？

( )

9. アレルギーはありますか？

- |                   |                             |                                 |
|-------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| ①気管支喘息            | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり     |
| ②アトピー             | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり     |
| ③アレルギー性鼻炎、結膜炎、花粉症 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり     |
| ④食物アレルギー          | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり     |
| ⑤薬剤アレルギー          | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり     |
| ⑥その他              | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり ( ) |