

せきぐちクリニック[リウマチ科] 診療申込書

記入日 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成
氏名				年 月 日生(才)
住所				
電話番号	当院からご連絡を差し上げる場合、さしつかえない電話番号を記入してください。			
職種		出身地		紹介状をお持ちですか はい・いいえ

当院では、診療に必要なため保険証のコピーを取らせて頂いております。
(管理はカルテ同様に厳正にさせていただきます)

コピーに同意する・同意しない

お困りの症状について、いつからどのような症状が出たか、具体的に教えてください。

例：3日前から熱が出てる

[]

現在かかっている病気はありますか？

はい・いいえ

「はい」の方は、病名もしくは病状を教えてください。

病名・症状 []

現在服用中のお薬はありますか？

はい・いいえ

「はい」の方は、お薬の名称がわかりましたらご記入ください。

薬の名前 []

以前にかかって現在治った病気はありますか？

はい・いいえ

「はい」の方は、病名もしくは病状を教えてください。

[]

以前に手術を受けられたことがありますか？

はい・いいえ

「はい」の方は、手術名もしくは体の部位を教えてください。

[]

過去に気管支ぜんそくやアトピー性皮膚炎、薬や食べ物によるアレルギー症状を起こしたことがありますか？

はい・いいえ

「はい」の方は、具体的に教えてください。

[]

診断に有用となりますので、血縁のある方のご病気について教えてください。ご病気の方はいらっしゃいますか？

はい・いいえ

「はい」の方は 教えてください。 血縁関係 [] 病名 []

タバコを吸いますか？

はい・いいえ

「はい」の方は 1日に何本吸いますか？ 1日 (本)
教えてください。 また、何年位吸っていますか？ (年)

お酒を飲みますか？

はい・いいえ

「はい」の方は お酒を一週間に何日位お飲みになりますか？ (日) (合)
教えてください。 また、1日にどれ位の量を飲みますか？ ()

女性の方へ

妊娠しているかその可能性はありますか？ なし・可能性あり(未確認)・あり(妊娠週)

最終生理開始日 年 月 日 出産回数 回 流産回数 回

(膠原病や骨粗しょう症の診断に重要な事項ですのご協力ください)

授乳中ですか？ はい・いいえ