

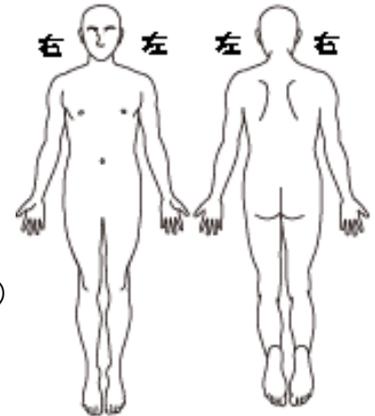
いけだ整形外科リウマチクリニック 問診表

フリガナ			性別	男 ・ 女
氏名				
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日			
現住所	〒			
電話番号		その他連絡先		

今日はどうなさいましたか

・ 場所はどこですか？（右図にもご記入ください）

首 肩 腰 背中 肘 手首 手 指
 足のつけ根 膝 足首 足 足趾 その他（ ）



・ どのような症状ですか？

痛い しびれる はれる こる 色が悪い 変形した
 その他（ ）

・ いつからですか？

月 日から

（ ） 日前から （ ） 週間前 （ ） ヶ月前 （ ） 年前

・ 原因は思いつきますか？

交通事故 労災 その他（ ）

希望する診察内容について

- （ ） レントゲンで調べてほしい
 - （ ） 検査や説明は後日でもかまわないので（薬・注射）を希望する
 - （ ） 関節リウマチについて相談したい
 - （ ） 骨粗鬆症について相談したい
 - （ ） リハビリについて相談したい
 - （ ） 血液検査をしてほしい
 - （ ） 医師にまかせる
- その他 []

これまで病気や手術を受けた経験はありますか？

ない あり：喘息 胃潰瘍 悪性腫瘍 糖尿病 心筋梗塞 脳梗塞
 その他（ ）

現在飲まれているお薬はありますか？

ない あり：（ ）

アレルギー、副作用のあったお薬や食べ物はありますか？

ない あり：（ ）

ペースメーカーは付けていますか？

ない あり：（ ）

女性の方へ、妊娠の可能性はありますか？ しっぷ、固定など外しておいて下さい(^_^)

ない あり わからない

授乳中ですか？

いいえ はい

マイナ保険証による資格確認に同意します