

浦安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日前から熱が出てだるい

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」の方は教えてください。

1日に何本吸いますか？ 1日 (本)

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」の方は教えてください。

お酒を一週間に何日位お飲みになりますか？ (日) (合)

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？

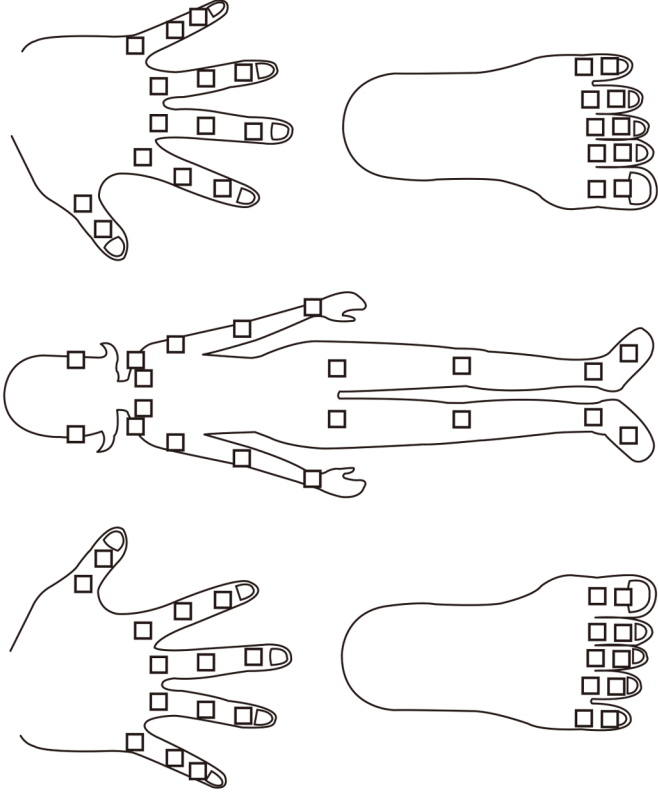
はい・いいえ

◆前回からの変化やお困りの症状がございましたら、ご記入ください。

◆この1週間の状態につきお答えください。

各質問項目の当てはまる回答に☑をつけてください。	簡単に一人でできる	何とか一人でできる	人に手伝って貰えばできる	全くできない
着衣と身繕い				
1. 服を着たり、ボタンをする	☐	☐	☐	☐
2. 髪を洗う	☐	☐	☐	☐
起立				
3. 肘掛けのない椅子から立ち上がる	☐	☐	☐	☐
4. 寝床に入ったり、寝床から起き上がる	☐	☐	☐	☐
食 事				
5. 箸で食べ物をつかむ	☐	☐	☐	☐
6. いっぱいに入った飲み物を口までもっていく	☐	☐	☐	☐
7. 新しい牛乳パックの口を開ける	☐	☐	☐	☐
歩 行				
8. 平地を3分間位、自分のペースで歩く	☐	☐	☐	☐
9. 階段を5段上がる	☐	☐	☐	☐
衛 生				
10. 入浴時に全身を洗い、タオルで拭く	☐	☐	☐	☐
11. 浴槽に入る	☐	☐	☐	☐
12. 洋式便座に座り、立ち上がる	☐	☐	☐	☐
動 作				
13. 棚の上の2 kg 程度の物に手を伸ばして、降ろす	☐	☐	☐	☐
14. 前かがみになって、床の上の物を拾い上げる	☐	☐	☐	☐
握 力				
15. 自動車のドアを開ける	☐	☐	☐	☐
16. ガラスびんのふたを回して開ける	☐	☐	☐	☐
17. 水道の蛇口を開け閉め	☐	☐	☐	☐
その他				
18. 近所の商店街へ買い物に行く	☐	☐	☐	☐
19. 自動車の乗り降り	☐	☐	☐	☐
20. 洗濯や掃除などの家事をする	☐	☐	☐	☐

◆痛みのある関節部位にXをつけてください。



◆どの程度、痛みを感じていますか？



◆全般的な症状はどのようなですか？

