

お名前 _____ 様 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1 どのような症状ですか？(今つらいのは、どのようなことですか?)症状に○をつけてください。

こわばり 関節の痛み 関節のはれ 関節の変形 しびれ 手足の冷え
 発熱 だるさ 筋肉痛 皮膚の発疹 目や口の乾き
 その他 { _____ }

※下図の症状のあるところに○をつけてください

2 いつごろからですか？

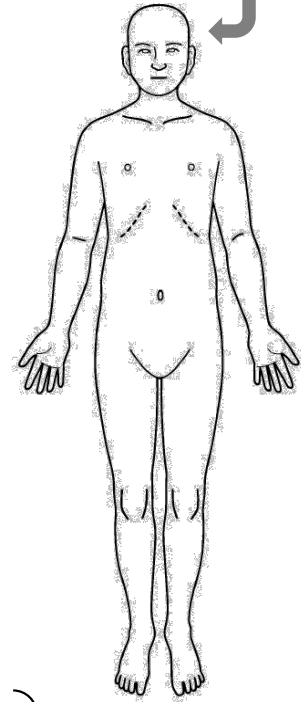
3 持病やアレルギーがありますか？ 該当するものに○をつけてください。

【持病】

高血圧 糖尿病 心臓病 喘息
 肝臓 胃腸 脳梗塞 他(_____)

【アレルギー】

薬(_____)
 食物(_____) 他(_____)



4 現在、通院しているクリニックや病院はありますか？

ある (病院名: _____) ・ ない

5 今までに大きな病気やケガで入院や手術を受けたことはありますか？

ある { 病院名: _____
 病気・ケガの名称: _____
 いつ頃: _____ } ・ ない

6 体内に金属が入っていますか？ はいの方は()に何が入っているか記入してください

はい(_____) ・ いいえ

7 家族(血縁)でリウマチや膠原病の方はいらっしゃいますか？

はい (病名: _____ 続柄 _____) ・ いいえ

8 家族で下記の病気のある方はいらっしゃいますか？()に続柄を書いて下さい。

糖尿病() 高血圧() 心臓病() 脳梗塞()
 痛風() 癌()

9 現在飲んでいる薬やサプリメントはありますか？ (お薬手帳ご提出の場合は記入不要です)

10 タバコを吸いますか？ はい ・ いいえ ・ 以前吸っていた(_____ 本/日、 _____ 歳～ _____ 歳まで)

11 お酒をのみますか？ はい (種類: _____ 量: _____ 週 回) ・ いいえ

12 歯科にかかっていますか？ はい ・ いいえ ・ 以前かかっていた

13 当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

医療機関からの紹介 (_____) 友人・知人の紹介 ホームページ 看板広告 新聞雑誌

14 妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ
 授乳中ですか？ はい ・ いいえ