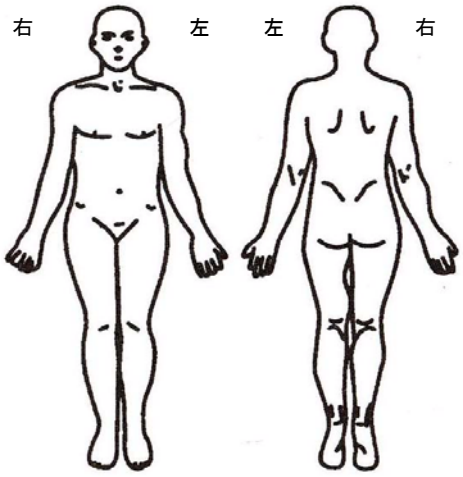
診　療　申　込　書

カルテ No.　　記入日

フリガナ		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年　月　日 才
氏　名	様				
住　所	〒　　ー				
電　話	自宅	（　　）　　ー	携帯	ー　　ー	

★ 診療上大切なことです。わかる範囲で記入してください。

1）今日はどのような症状で受診されましたか？



2）その症状はいつ頃から始まりましたか？

（お怪我の方）→ ・お仕事中の怪我ですか。　（ はい・いいえ ）
・交通事故での怪我ですか。　（ はい・いいえ ）
（いつ　　年　　月　　日）

右図に〇印をつけてください

3）今までにかかった病気、または現在治療中の病気がありますか。
□ない　□ある→どのような病気ですか･･･（　　）

体内金属（ペースメーカー、ステント、人工関節、ボルトなど）がある方はお知らせください
□ある･･･（　　）

4）血縁のある方に関節リウマチの方はおられますか。
□いない　□いる

5）現在服用している薬がありますか。　※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください
□ない　□ある→どのような薬ですか･･･（　　）

6）アレルギーはありますか。
□ない　□ある→□薬　□食べ物　□その他（　　）

7）注射や飲み薬で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか。
□ない　□ある→どのような薬ですか･･･（　　）

8）ケガなどをして血液が止まりにくい体質ですか。
□いいえ　□はい

9）タバコは吸いますか。
□吸わない　□吸う（1 日　本位を　年間）　□やめた（　年前まで 1 日　本位を　年間）

10）お酒は飲みますか。
□飲まない　□飲む→（種類：　頻度：　）

11）女性の方にお聞きいたします。現在妊娠していますか。あるいは妊娠の疑いがありますか。
□ない　□ある

12）ご来院のきっかけをお選び下さい。
□家が近所　□会社･学校の近所　□知人の紹介（　）　□他医の紹介
□専門医だから　□インターネット　□その他（　）

さわいリウマチ整形外科クリニック