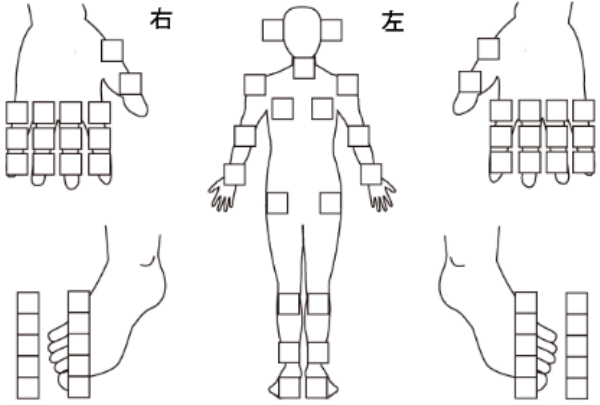


膠原病内科・リウマチ科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号			

<p>本日はどうなさいましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>発熱(°C) <input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>しびれる <input type="checkbox"/>腫れる</p> <p><input type="checkbox"/>朝のこわばり <input type="checkbox"/>冷える <input type="checkbox"/>手を冷たいところにさらすと一部白くなる <input type="checkbox"/>口腔内の潰瘍</p> <p><input type="checkbox"/>口腔内の乾燥、または目の乾燥 <input type="checkbox"/>日光過敏症 <input type="checkbox"/>乾癬または慢性の皮疹</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p>  <p>The diagram shows a human figure with boxes for marking symptoms on the head, neck, shoulders, elbows, wrists, hands, fingers, feet, and ankles. The right and left sides are labeled '右' and '左' respectively.</p>
<p>症状はいつ頃からありますか？</p> <p>約()日・週間・ヶ月・年前から</p>	

日常生活で不便なことはありますか？(例：髪をとかすのに手があがらない・歩くのに痛みがある等)
()

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

なし B型肝炎 C型肝炎 結核 胸膜炎 肋膜炎 悪性腫瘍 乾癬 慢性皮疹

その他()

現在、治療中の病気はありますか？ なし あり()

現在、飲んでいるお薬(市販薬やサプリメント含む)はありますか？

なし あり()

喫煙、飲酒について教えてください

喫煙：吸わない 吸う(本/日 × 年間)

禁煙した(年前から。それまで喫煙(本/日 × 年間))

飲酒：飲まない 飲む(週 日) 種類・量()

食べ物や薬・注射のアレルギー(気分が悪くなったり、じんましんが出たりする)はありますか？

なし あり()

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ はい(妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット 看板 知人 通りがかり その他()

※ご協力ありがとうございました。

本問診の雛形は、メルプWEB問診により提供されています。
【メルプWEB問診】で検索！ <https://monshin.melp.life/>

1問診あたりの時間を1/30に削減！

現在、無料体験を実施しています。

メルプにご興味のある方は、
こちらからお問い合わせください。

電話:050-1751-1307

E-mail: support@flixy.co

