# 問診票

お名前　［　　］

1. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

　　□知人に勧められて　　□医師の紹介 □インターネットで検索して

　　□ホームページをみて　　□その他（　　）

2. 今まで医療機関にかかっていましたか？

　　□かかっていない　□かかっていた（医療機関名；　　）

3. 親・きょうだいにリウマチの人がいますか？

　　□いない　□いる（　　）

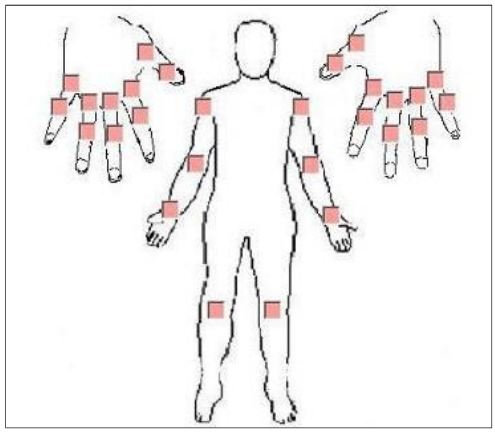
4. 症状はいつからですか？

　　（　　）年・月・週・日前くらいから

5. 右下の図で症状のある場所にチェック（✓）を入れて下さい。

6. 朝起きたときに手がこわばりますか？

　　□いいえ　□はい（　　）時間・分くらい



7. 皮膚の病気をもっていますか？

　　□いいえ　□はい（　　）

8. 目の病気をもっていますか？

　　□いいえ　□はい（　　）

9. 以下の症状がありますか？

　　□目がゴロゴロする　□目がかすむ

　　□食事の時水分が欠かせない

　　□パサパサしたものを飲み込むのが苦手

　　□40歳以前に刺し歯、入歯になった

10. 40歳以前に背中や腰の痛みに悩まされた

　　□いいえ　□はい

●以下はすでにリウマチの診断・治療を受けている方のみお答えください。

1. はじめてリウマチと診断されたのはいつですか？

2. それはどちらの医療機関でしたか？

3. 今までどちらの医療機関に通院されていましたか？

　　□　2. と同じ医療機関

　　□（　　）病院・医院・クリニック