



# 問 診 票

氏名 \_\_\_\_\_ 記入日 H      年      月      日

◆症状、受診目的	肩こり・腰痛・頭痛・筋肉の痛み・だるい・関節の痛み・不眠		
	手のこわばり・目の乾燥・口が渇く・動悸・発汗・健康診断で異常を指摘された		
	その他 ( _____ )		
◆いつからですか？			
◆既往歴	病名： _____ ( 才 )	その他	
	病名： _____ ( 才 )		
	病名： _____ ( 才 )		
	病名： _____ ( 才 )		
	病名： _____ ( 才 )		
◆感染症	なし・不明 あり ⇨	B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ HIV ・ 梅毒	
	なし・あり ⇨	(薬)	(食物)
◆アレルギー	その他 ( _____ )		
	アルコールの消毒はかぶれますか？    いいえ ・ はい		
◆飲酒	なし		
	あり (毎日・週2～3回・週4～5回・お付き合い程度)		
◆抗凝固剤 (血液サラサラの薬)	飲んでいない		
	飲んでいる ( _____ )		
◆日常生活	歩行可・杖使用・車椅子使用・補聴器使用		
	その他 ( _____ )		
◆月経	順 ・ 不順	◆妊娠の有無	いいえ
	閉経 ( _____ 才頃)		はい ( _____ 週)
◆家族歴 (2親等以内わかる範囲で かまいません)	祖父母		父母
◆その他	事前に伝えておきたいこと・・・などご自由に記入してください。		



東京リウマチ・ペインクリニック

TOKYO RHEUMATISM PAIN CLINIC 初診No.2

※問診票は初診当日必ずご持参ください。

## プライバシーポリシーについて

東京リウマチ・ペインクリニック（以下当クリニックといたします。）は個人の人格尊重の理念の元に、プライバシー情報の保護に最大限の注意を払っております。

### 1. 個人情報の保護・利用について

当院は、ご提供いただいた個人情報の取り扱いについて、最大限の注意を払います。

また、情報等遺漏のないよう、管理体制に十分注意を払い、スタッフへ指示・監督を行います。

### 2. 個人情報の開示について

下記の項目に該当する場合、ご提供いただいた個人情報を開示することがあります。

- ・ 患者様の了承を得た場合
- ・ 個人を識別あるいは特定できない状態に加工して利用する場合
- ・ 裁判所・警察などの公的機関またはこれに準じた権限を持つ機関より、正式に照会要請を受けた場合