

## 初診の患者様へ

- ◎問診票を印刷、記入してお持ちください。
- ◎過去の血液検査のデータをお持ちください。
- ◎必ず成人のご家族と一緒に来院してください。治療にはご家族の理解とサポートが必要です。
- ◎ご本にはもちろんご家族も当院ホームページを読み、理論を理解しておいてください。

### 問診票について

初診の患者様は、次ページの問診票を印刷、記入して、初診時にお持ち下さい。  
あらかじめ、発症以降の症状、今まで他院で受けてこられた治療について書いていただくことで、スムーズに診察を受けていただけます。難病の患者様については、診察室で一から確認させていただきますと相当の時間を要します。当院には遠方からの患者様や重症の患者様も多数お見えになりますので、患者様の負担軽減のため、また、適正で効果的な治療を実施するため必要な情報ですのでよろしくお願いいたします。

問診票は次のページにあります。

# 問診票

ふりがな  
氏名

年齢 歳

① 発症についてお聞かせください。

② 症状の経過

③ 過去の治療内容

--

④ 入院歴がある場合、治療内容

--

⑤ 現在通院中の他診療施設、治療内容

--

⑥ その他、院長に伝えておきたいことを詳しく書いて下さい。

氏名 ( )

膠原病やその他全ての病気で、現在までに使用した薬の薬名、量、使用期間、合計量を分かる範囲で記入して下さい。

特に、ステロイド薬、クローン病・潰瘍性大腸炎治療薬（ペンタサ・レミケード等）、抗リウマチ薬、痛み止めなどは、必ず合計量をご記入下さい。

（合計量はだいたいで構いませんので、必ず書いて下さい。）

\*薬名 ( ) 量 ( )  
使用期間 ( 年 月 ~ 年 月 )  
合計量 ( )

\*薬名 ( ) 量 ( )  
使用期間 ( 年 月 ~ 年 月 )  
合計量 ( )

\*薬名 ( ) 量 ( )  
使用期間 ( 年 月 ~ 年 月 )  
合計量 ( )

\*薬名 ( ) 量 ( )  
使用期間 ( 年 月 ~ 年 月 )  
合計量 ( )

\*他に飲んできた薬があれば、薬名を書いて下さい。