**初診問診票**記入日     年     月     日

**フリガナ****生年月日**

**お名前****[ ] T・****[ ] S・****[ ] H・****[ ] R****年****月****日**

**住所　〒****-****職業：**

**【ご家族の連絡先】****-****-**

**電話** **-****-****携帯****-****-****メールアドレス**

●当院を受診したきっかけは何ですか？

[ ] インターネット（[ ] 当院HP**/**検索サイト[ ] Yahoo/[ ] Google/[ ] ドクターズファイル**/****[ ]** 北区ドクターズ）

[ ] 知人の紹介（                    ）　　　　　　　　　[ ] 通りすがり

[ ] 医療機関の紹介（                         ）　　　[ ] その他(                                        )

●本日はどうなさいましたか？具体的に・・・（体温     ℃）（いつから：          頃から）

　（症状：                                                                                          ）

●上記の症状で他の医療機関を受診されましたか？

[ ] いいえ　　[ ] はい（医療機関：                                                  ）

●今までに既往歴（大きな病気）や現在治療中の病期がありましたらご記入お願いします。

　[ ] 無し

　[ ] 有り（どんな病気・ケガや手術など下記にご記入お願いします）いつ頃（     年）（医療機関               ）

　　(                                                                                               )

●現在飲まれているお薬はありますか？（お薬手帳があればおだしください）

　[ ] 無し　　[ ] 有り→どんなお薬ですか？（                                                            ）

●今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

　[ ] 無し　　[ ] 有り→（薬：                    食品：                    その他：                    ）

●たばこ：[ ] 吸わない[ ] 過去に吸っていた[ ] 現在も吸っている（     本／日     歳から）[ ] 禁煙治療興味あり

●血縁者（両親・兄弟・祖父母・子供）で次の病気にかかったことがある方はいらっしゃいますか？

　[ ] 糖尿病（[ ] 父・[ ] 母・[ ] 兄弟姉妹・[ ] 祖父母・[ ] 子供）、[ ] 高血圧（[ ] 父・[ ] 母・[ ] 兄弟姉妹・[ ] 祖父母）

[ ] 高脂血症（[ ] 父・[ ] 母・[ ] 兄弟姉妹・[ ] 祖父母）、[ ] 心臓病（[ ] 父・[ ] 母・[ ] 兄弟姉妹・[ ] 祖父母）

[ ] 脳梗塞・[ ] 脳出血（[ ] 父・[ ] 母・[ ] 兄弟姉妹・[ ] 祖父母）、[ ] 癌（[ ] 父・[ ] 母・[ ] 兄弟姉妹・[ ] 祖父母）

●女性の方へご質問いたします。

現在妊娠はされてますか？　　：[ ] はい（     ヶ月）　[ ] いいえ　[ ] 授乳中（     ヶ月）

　または、妊娠の可能性/予定がありますか？　：[ ] はい　　[ ] いいえ　[ ] 予定

**ご記入ありがとうございました。**

