**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　　　　年　　　月　　　日**

**住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職業：**

**【ご家族の連絡先】（　　　）　　　－**

**電話（　　　　）　　　　　-　　　　　　　　　　　　携帯（　　　　）　　　　　-**

●当院を受診したきっかけは何ですか？　　

□インターネット（当院ホームページ**/**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（約　　前）（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・子供）

□高脂血症（父・母・兄弟姉妹・祖父母・子供）　　　　□心臓病（父・母・兄弟姉妹・祖父母・子供）

□脳梗塞・脳出血（父・母・兄弟姉妹・祖父母・子供）　　□癌（父・母・兄弟姉妹・祖父母・子供

●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。**　　　　　　　　　　　　