

# 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をお願いします。
  - 無し
  - 有り(どんな病気・ケガや手術など下記にご記入をお願いします)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。



医療法人永和会  
**東十条さかい**  
糖尿病・内科クリニック