**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。**

