

体温 ( . °C) 腋窩 ( . °C)

# 問診票

日付( 年 月 日) ・ No( ) ・ ( マイナンバー ・ 保険証:返却 )

ふりがな \_\_\_\_\_

昭・平・令

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日: 年 月 日 ( 才)

〒 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

緊急連絡先: お名前 ( ) ・ 電話番号 ( )

身長( \_\_\_\_\_ cm) ・ 体重( \_\_\_\_\_ kg)

妊娠( - ・ + ⇒ \_\_\_\_\_ 週) ・ 授乳( 無 ・ 有 )

アレルギー( 無 ・ 有 ⇒ \_\_\_\_\_ )

禁忌( 無 ・ 有 ⇒ \_\_\_\_\_ )

どうされましたか? ⇒ ( 内科 ・ 外科 ・ 皮膚科 ・ リンパ浮腫 ・ その他 )

いつから ⇒ ( \_\_\_\_\_ ) どの部分 ⇒ ( \_\_\_\_\_ )

どのような症状ですか? (下の空欄にご記入をお願いします)

常用薬 ( 無 ・ 有 ⇒ \_\_\_\_\_ )

薬剤型の好み等 ( 無 ・ 有 ⇒ \_\_\_\_\_ )

コロナワクチン接種歴 ( 無 ・ 有 ⇒ 接種回数: \_\_\_\_\_ 回 ・ 前回の接種: R 年 月 日)

インフルエンザ接種歴 ( 無 ・ 有 ⇒ 前回の接種: R 年 月 日)

現在治療中の病気 ( 無 ・ 有 ⇒ \_\_\_\_\_ )

過去の健康上の問題 ( 無 ・ 有 ⇒ \_\_\_\_\_ )

↳手術 ・ 入院 ・ 輸血 ・ 他 ( \_\_\_\_\_ )

喫煙 ( 無 ・ 有 ⇒ \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 年間 ・ 禁煙 ⇒ \_\_\_\_\_ 年前 )

飲酒 ( 無 ・ 有 ⇒ 種類: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ /日 )