

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)