体 温 （　　.　　℃ ） 腋 窩

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(ー ・ ＋ ⇒　　週) ・ 授乳(無 ・ 有)

アレルギー(無 ・ 有 ⇒　　)

禁忌の医療行為、副作用が出たお薬(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)

どのような症状ですか？（下の空欄にいつから・どの部分・症状等ご記入お願いします）

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（　　）

飲酒 (無 ・ 有 ⇒ビール：　　ml ・日本酒：　　ml ・洋酒：　　ml/週