

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 ( )								
飲酒 ( 無 ・ 有 ⇒ビール:	ml	・	日本酒:	ml	・	洋酒:	ml/週	日)
喫煙 ( 無 ・ 有 ⇒ 5 ・ 10 ・ 20 ・ 20本以上/日	年間	・	禁煙⇒	年前)				