

体温 (. °C) 腋窩 (. °C)

問診票

川端医院(v6.1:2025/5/7)

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?

・ いつから (_____)

・ どの部分に (_____)

・ 症状等

常用薬 (無 ・ 有 ⇒ _____)

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 (_____)

薬剤型の好み等 (無 ・ 有 ⇒ _____)

飲酒 (無 ・ 有 ⇒ 週 _____ 日 / ビール: _____ ml ・ 焼酎: _____ ml ・ 日本酒: _____ ml ・ 洋酒: _____ ml)

喫煙 (無 ・ 有 ⇒ 5 ・ 10 ・ 20 ・ 20本以上/日 _____ 年間 ・ 禁煙 ⇒ _____ 年前)