

問 診 票

ふりがな			大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和
氏 名		生年月日	年 月 日生
性 別	男 ・ 女	年 齢	才
住 所	〒		
電話番号		携帯番号	
職業		出身国	

身 長：_____ cm 体 重：_____ kg 体 温：_____ °C

◎病気の方はいつから・どんな症状ですか？

◎海外渡航ワクチン・PCR 検査ご希望の方はいつから・どこへ・どのくらい行かれますか？

◎かかったことのある感染症はありますか？

新型コロナウイルス（本人・濃厚接触）・はしか・風疹・百日咳・水ぼうそう・おたふくかぜ

◎今までに、大きな病気をした事がありますか？

- いいえ
- はい (病 名: _____)

◎現在、服用中の薬はありますか？

- いいえ
- はい (薬品名: _____)

◎現在、治療中の病気はありますか？

- いいえ
- はい (病 名: _____)

◎アレルギーについて

*お薬のアレルギー : ない / ある (_____)

*食べ物のアレルギー : ない / ある (_____)

*その他のアレルギー : ない / ある (_____)

*過去に採血・注射等で気分が悪くなったことはありますか : ない / ある

◎嗜好について (大人の方のみ)

*タバコは吸いますか? いいえ / はい (1日量: _____) (喫煙年数: _____ 年)

*アルコールは飲まれますか? いいえ / はい (種 類: _____) (1日量: _____)

*現在、妊娠中又は授乳中ですか? いいえ / はい (妊娠の可能性有り ・ 妊娠中(_____ 週) ・ 授乳中)