医療法人社団　樹医会　渋谷胃腸クリニック

問診票

ご記入日　　年　　月　　日

体温　　度　　分

フリガナ		生年月日 性別	□大正 □昭和 □平成	年　月　日 （　　歳）	□男性 □女性
お名前					
ご住所	〒	携帯電話			
		自宅電話			

該当する項目に☑チェックを付けてください。

本日は どうされましたか？	風邪症状	□熱がある　□咳が出る　□痰が出る　□のどが痛い □関節痛　□寒気
	腹部症状	□腹痛　□吐き気　□下痢　□便秘　□胃の調子が悪い　□食欲がない
	胸部症状	□胸痛　□胸が苦しい　□圧迫感　□動悸　□息苦しい
	その他症状	□頭痛　□めまい　□だるい
	検査	□胃カメラ　□大腸カメラ　□健康診断
	※上記の症状に当てはまらない場合等はこちらにご記入ください	
症状はいつからですか？		
新型コロナウイルスに感染したことはありますか?	□は　い □いいえ	※はいと答えた方 １回目の感染時期　　年　　月 ２回目の感染時期　　年　　月
コロナワクチンは接種しましたか?	□は　い □いいえ	※はいと答えた方 □１回接種済　□２回接種済　□３回接種済　□４回接種済 最終接種日　　年　　月
現在治療中の病気または過去に治療を受けた病気はありますか？	□は　い □いいえ	※はいと答えた方 □糖尿病　□高血圧症　□高脂血症　□高尿酸血症　□心臓疾患 □肝臓疾患　□脳疾患　□緑内障　□前立腺肥大症 □その他（　　）
服用しているお薬はありますか？	□は　い □いいえ	※はいと答えた方 薬品名（　　） ●お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください
お薬や食品でアレルギーが出たことはありますか？	□は　い □いいえ	※はいと答えた方 薬品名（　　） 食品名（　　）
手術をされたことはありますか？	□は　い □いいえ	※はいと答えた方 いつ頃（　　）部位（　　）
食事はされてきましたか？	□はい　□いいえ	
女性の方へ	□妊娠中（　　）カ月　□妊娠の可能性あり　□授乳中	
当院を何でお知りになりましたか？	□インターネット　□ご紹介（　　様） □その他（　　）	