

【 お腹の症状がある方への 問診票 】

2019.02.12 ver

お名前_____

問診項目にないことで、医師に伝えたいことがあれば、余白に書き込んで下さい。

□ 今回の症状で、当てはまるものに ○ を付けて下さい。

腹痛 下痢 便秘 便に血が混ざる 便が黒い 便が白い 嘔吐 吐き気
胸焼け げっぷ しゃっくり おならが出ない 左肩が痛い のどが痛い 歯が痛い
頻尿 血尿 排尿時に痛む 生理以外の出血がある おりものが増えた
発熱 咳 痰 息苦しい 寝汗 冷や汗 だるい 以前より皮膚が黄色い

□ お腹の病気と言われたことはありますか？ (ない・ある)

ある場合、病名・診断した病院・時期・治療内容などについて教えて下さい。

手術をしたことがある場合、手術の内容や輸血を受けたかも、分かる範囲で教えて下さい。

□ 大腸カメラ・胃カメラを受けたことがありますか？ (ない・ある)

ある場合は最後に受けた時期も教えて下さい。(胃カメラ 年 月、大腸カメラ 年 月)

□ 健康診断を受けていますか？ (受けていない・受けている；最後は_____年 月)

□ 最近の食欲はいかがですか？ (落ちている・変わらない)

□ 最近の体重はいかがですか？

(_____kg 減っている ・ 変わらない ・ _____kg 増えている ・ わからない)

□ 最近の排便の頻度は？ (週に_____回 ・ 2-3日に1回 ・ 毎日)

□ 熱がありますか？ あれば最終体温も教えて下さい。 (ない・ある； _____℃)

□ まわりに似た症状の方がいますか？ (いない・いる)

□ 症状のある部分に皮疹（ブツブツなど）はありますか？ (いいえ・はい)

腹痛・下痢の方は別の問診票もあわせて記載して下さい