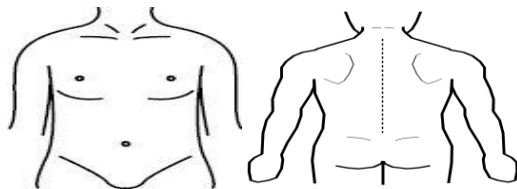


腹部用問診票 平成 年 月 日【BP/HR: (整・不整)、RR 】

お名前: (男・女) (満 歳) 身長: cm、体重: kg

1、どんな症状がいつ頃からありますか？ 【現在ある症状は○で囲んで下さい】

(間欠性・持続性) (上・下)腹部痛・(右・左)季肋部痛・心窩部痛・背部痛・胸痛・腰痛・筋痛
下痢(回数:)・**血便**・嘔気・嘔吐(回数:)・膨満感・**発熱**【 時頃 度】・鼻症状
便秘(回/ 日)・便の性状()色()咳・痰(色:)・頭痛・喉の痛み・リンパ節腫脹
だるさ・筋痛・食欲低下・いつ頃から()他の症状() **咬み傷**(無・有:蚊・ダニ・)
点滴希望(無・有) **生物/鶏肉/魚介摂取**(無・有:) **海外旅行**(無・有: : 日前)
排便による変化(無・有: 楽になる・痛くなる) **食事による変化**(無・有: 楽になる・痛くなる)
周囲に同様な症状の方は? (無・有)他に相談したいこと等(内容:)



←気になる所に印をつけて自由に書いて下さい

2、他院を受診あるいは他院で治療を受けたり、現在/これまでに指摘/治療を受けている病
気はありますか？ (ない・ある: 心臓病・高血圧・高脂血症・糖尿病・腎臓病・呼吸器疾患
・脳疾患・胃/十二指腸/胆嚢疾患・前立腺肥大・肝臓病・緑内障・カテーテル治療・
ペースメーカー・手術: 、その他: 、いつ頃から:)

3、服用中の薬はありますか？ (ない・ある: 市販薬/その他:)

4、薬、造影剤、食べ物でアレルギーはありますか？ (ない・ある:)

5、御家族で心臓(狭心症/心筋梗塞/不整脈/突然死/弁膜症)、糖尿病、高脂血症、高血圧

腎臓病、脳梗塞、癌にかかった方はいますか？ (いない・いる:)

6、タバコについて(吸わない・吸う: 本× 年、止めた: 本、 年前まで)

7、アルコールはどれくらい飲みますか？ (ない・毎日・たまに、どれくらい:)

8、女性の場合、現在妊娠あるいは妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ)

9、尿検査できますか？ (できる・したくない・できない: 生理中・来院前にしてきた)