

問 診 票

胃 腸

ふりがな 氏 名	殿	才	男 女	未 婚 既	職 業
現住所 〒		自宅 TEL 緊急連絡先TEL			

あてはまる所を○で囲んで下さい。↓

↓あてはまるものに○をつけて下さい。

I. 今の症状は

1. 腹痛がある 例：ズキンズキン・ジリジリ・シクシク

その他 []

2. 気持ちが悪い (ムカムカする・吐きっぽい)

3. 胸やけがある (食後, 横になった時)

4. 食欲がない

5. お腹がはる

6. 食べた物が胸につかえる・胃がもたれる・げっぷがでる

7. 背中が、痛い・張る・重い感じがある

8. 便が出にくい・残便感がある

9. 軟便や下痢をする (生の野菜、卵、肉をよく食べる)

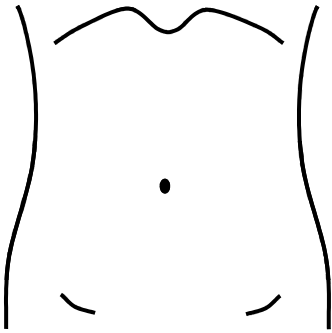
10. 排便時に血が出る・鮮血、暗赤色又は黒色の便が出る

11. 体重が減ってきた

12. 発熱がある (自宅では、体温_____℃ぐらい)

13. その他 []

痛む・症状がある場所
全てに○をつけて下さい



II. いつから今回の症状がありますか?

_____ (日、週、月、年) 前から

III. 身長 _____ cm 体重 _____ kg

裏面もご記入をお願い致します

