

問診票

年 月 日

お名前

様 (歳)

次の質問にお答え下さい

1 本日はどのような症状で来院されましたか	
その症状はいつからですか	1) 昨日から 2) 今朝から 3) その他()
2 内視鏡検査の予約をしてますか	1) はい (月 日) 2) いいえ
3 発熱はありますか	1) はい ()度 2) いいえ
4 下痢はありますか	1) はい 2) いいえ
いつからですか	1) 昨日から 2) 今朝から 3) その他[]
何回くらいですか	1) 1回 2) 2回 3) 3回 4) 4回以上
便の状態はどうか	1) 水みたい 2) どろどろしてる
便の状態はどうか	3) 血が混じってる 4) その他[]
5 胃痛はありますか	1) はい 2) いいえ
いつからですか	1) 昨日から 2) 今朝から 3) その他[]
6 腹痛はありますか	1) はい 2) いいえ
いつからですか	1) 昨日から 2) 今朝から 3) その他[]
7 嘔吐はありますか	1) はい 2) いいえ
何回くらいですか	1) 1回 2) 2回 3) 3回 4) 4回以上
原因と思われる食事を取りましたか	[]
8 最近、出張や旅行で海外に行きましたか	1) はい 2) いいえ
どちらに行かれましたか	[]
帰国時に下痢はありましたか	1) はい 2) いいえ
現地で生水、水、魚介類は食べましたか	1) はい 2) いいえ
ご家族で同じような症状の方はいますか	1) はい 2) いいえ
9 ペットを飼ってますか	1) はい 2) いいえ
何を飼ってますか	[]
10 体に合わない薬はありますか	1) はい 2) いいえ
薬名 []	[]
11 周りにインフルエンザの人はいますか	1) はい 2) いいえ
最近ワクチンの接種をしましたか	1) はい (平成 年 月 日) 2) いいえ
12 現在、妊娠中ですか	1) はい (現在 妊娠 第 週) 2) いいえ
13 他に気になることがございましたらお書きください	