

初めて診察を受けられる患者様へ

年 月 日

恐れ入りますが、ご記入下さい。

姓	名	生年月日
(フリガナ)		年 月 日生
御氏名		男・女
〒 ー		
御住所		
電話番号 (自宅・携帯) () ー		
どのように当院をお知りになりましたか		
・ご紹介 (ご紹介者名) ・通りすがり、看板を見て		
・インターネット : Yahoo・Google・その他()		
・雑誌 (雑誌名) ・その他 ()		

1. いつから症状がありますか? 月 日 時頃から 日前から

2. 下痢をしていますか? (していない ・ している)

どのような下痢ですか?

回数 : (1)今日 : 回ぐらい (2)きのう : 回ぐらい

症状 : 水のような 泥のような 血が混じっている

血液だけのようだ わからない

色 : いつもの黄茶色 白っぽい 緑がかっている 赤っぽい

真っ赤だ 黒い わからない

3. 腹痛がありますか? (ない ・ ある)

痛みのある箇所を教えてください。(上腹部・へその回り・下腹部(右・左・全体))

どんな痛みですか?

ころげまわる痛み ときどきさしこむ シクシク続けてずっと痛い

食後に痛む 排便時に痛み、排便により軽快する

4. 次の点に心当たりはございますか?

(1)食品 [食べた日は: 月 日 時ころ]

生卵、鶏肉、レバーさしみ、生の魚介類、仕出し弁当、ハンバーガー、牛乳

その他 ()

(2)ペットを飼っていますか?

いない・いる ()

次のページもご記入お願いします

初めて診察を受けられる患者様へ

(3)最近海外旅行をされましたか？

しない・した [月 日～ 月 日 場所：]

(4)風邪はひいておられますか？

ひいていない・ひいている [月 日から]

(5)家族知人などまわりに下痢している人がおられますか？

いない・いる [誰が： 、いつから： 月 日から]

(6)最近の食生活についてお尋ねします

食べ過ぎた 大量に飲酒した 油ものをたくさん食べた
 消化の悪いものをたくさん食べた それは何日前からですか？ (日前)

4. 下痢・腹痛以外の症状について。当てはまるものを○で囲んで下さい。

発熱 (°C前後)・寒気・吐き気・嘔吐・のどがかわく・頭痛・腰痛・関節痛・
全身倦怠感・体重減少・その他 ()

5. 現在、服用している胃腸薬はありますか？

なし ・ ある (薬品名：)
[月 日から、 ()]
薬局で購入・医療機関で処方(病院名：)

6. 食べ物や薬などに対して過敏症(アレルギー)がありますか？

なし ・ ある (

7. お薬・お注射に対してご希望がありますか？

なし ・ ある
お薬 (錠剤がいい ・ 粉薬でもよい ・ 漢方薬希望 ・)
お注射 (注射はしたくない ・ 静脈注射希望 ・ 点滴希望 ・)

8. その他、気になることはありますか？

ありがとうございました