

患者 ID :

IBD クリニック外来問診票 (症状調査)

記入日 : 年 月 日

患者氏名 :

■下記の質問にお答えください■

1. 本日お熱はありますか? () °C
2. 身長はいくつですか? () c m
3. 体重はいくつですか? () k g
4. 下痢はありますか? ○をつけ、ある場合は () に記入してください。
なし ・ あり : ここ1週間の平均 1日 () 回
5. 血便はありますか? ○をつけてください。
なし ・ あり : 少量の出血 ・ はっきりした出血 ・ ほとんど血液
6. 腹痛はありますか? ○をつけてください。
なし ・ あり : 軽い痛み ・ 我慢できる程度 ・ 強い痛み
7. 口内炎はありますか? ○をつけてください。
なし ・ あり
8. 関節痛はありますか? ○をつけ、ある場合は () に記入してください
なし ・ あり : () が痛い。
9. 肛門やその周囲から膿が出ますか? ○をつけてください。
なし ・ あり
10. その他、本日相談したい症状や内容があればご記入してください。

かわごえクリニック IBD クリニック外来