

さかつじ内科 下痢問診票

No.

氏名：

携帯番号：

いつから _____ 日前より

下痢の回数 _____ 回くらい

症状 (水のような ・ 泥のような ・ 血が混じっている)

色 (いつもの便の色 (黄褐色) ・ 白っぽい ・ 緑がかっている ・ 赤っぽい ・ 真っ赤)

● 原因として次の点に心当たりはありますか？ ●

食品 (生卵 ・ とり肉 ・ レバーさし ・ 生の魚介類 ・ 仕出し弁当 ・ ハンバーガー ・ 牛乳)

その他： _____

最近旅行を (した ・ していない)

いつ： _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 どこへ： _____

風邪 (ひいている ・ ひいていない)

いつから： _____ 日前より

薬 (のんでいる ・ のんでいない)

何を： _____

家族・知人 周りに下痢をしている人が (いる ・ いない)

誰が： _____

食生活 ① 食べ過ぎた (いつ： _____ 月 _____ 日)

② 大量に飲酒した (いつ： _____ 月 _____ 日)

③ 脂肪分の多いものをたくさん食べた (いつ： _____ 月 _____ 日)

④ 消化のよくないものをたくさん食べた (いつ： _____ 月 _____ 日)

● 下痢以外の症状についてお聞かせください ●

体温 _____ °C

症状 (寒気 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ のどが渇く ・ 頭痛 ・ 関節痛 ・ 腰痛 ・ 全身倦怠感)

腹痛について (ある ・ なし)

1ヶ月以内に海外渡航されましたか？ (ある ・ なし)

女性の方 現在妊娠は？ (ある _____ 妊娠 _____ ヶ月 ・ なし)