

# 問診票

ご記入日 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 1. 本日はどうなさいましたか？（複数選択可）

- 食欲がない       元気がない       下痢した・便の異常       嘔吐した
- 血尿・尿の異常       尿が出ない       眼が赤い・眼の異常       くしゃみ・鼻水
- できものができた       けいれんした       ふらつく・立てない       手足が痛そう
- 呼吸があらい       咳が出る       怪我をした（ \_\_\_\_\_ ）
- 皮膚が痒い・赤い       耳が痒い・赤い       誤食をした（ \_\_\_\_\_ ）
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 2. 症状はいつ頃からですか？ \_\_\_\_\_

## 3. 現在の状態を選択してください。

- 食欲  正常 100 % ——  80 % ——  60 % ——  40 % ——  20 % ——  0 %
- 元気  正常 100 % ——  80 % ——  60 % ——  40 % ——  20 % ——  0 %
- 排便  正常     硬い     軟らかい     出ない（ \_\_\_\_ 日前から）  
 下痢     泥状便     水様便     頻回     粘液便     血便     黒色便
- 排尿  正常     量が多い     量が少ない     頻尿     血尿     出ない（ \_\_\_\_ 日前から）
- 嘔吐  なし     たまにあり（1週間に1回以下）  
 あり（1日に \_\_\_\_ ~ \_\_\_\_ 回）     胃液・泡・液体     未消化物     血が混ざる

## 4. 検査治療説明についてのご質問です。

### a. 検査治療方針についてのお考えを選択してください。

- 必要な検査や治療はすべて希望する  
 相談しながら考えたい  
 お薬や注射のみで様子を見たい

### b. 特にご希望される検査項目はありますか？

- なし     血液検査     レントゲン検査     超音波検査     尿検査     糞便検査  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

### c. 当院からのご説明についてご希望を選択してください。

- 詳細な説明を希望する  
 異常についての説明のみで構わない  
 なるべく短時間で簡潔な説明を希望する

## 5. 気になること、ご相談したいこと、ご希望などがあればご記入ください。