



消化器内科 外来問診票

以下の質問について、記入もしくは当てはまるものにをお願いします

氏名				出身地 (都道府県)	
身長	cm	体重	kg	過去最大体重	kg (歳ごろ)
1. これまでに「肝臓病」と指摘されたことはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (→以下に詳細を記入してください)					
2. 家族(血縁)で肝臓病を指摘されたことがある方はいますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (→以下に詳細を記入してください)					
3. 飲酒しますか。 <input type="checkbox"/> 飲酒しない <input type="checkbox"/> 飲酒していたが、1ヶ月以上禁酒中 (→過去最も多かった時期の内容を以下に記入してください) <input type="checkbox"/> 飲酒している (→以下に詳細を記入してください)					
※飲酒する種類すべてに記入					
<input type="checkbox"/> ビール 1回の摂取量:() ml 頻度: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()日 <input type="checkbox"/> 月()日 <input type="checkbox"/> 機会飲酒					
<input type="checkbox"/> 日本酒 1回の摂取量:() ml ()合 頻度: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()日 <input type="checkbox"/> 月()日 <input type="checkbox"/> 機会飲酒					
<input type="checkbox"/> 焼酎 摂取量:1回() ml ※原液 / () mlのボトルが()日でなくなる 頻度: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()日 <input type="checkbox"/> 月()日 <input type="checkbox"/> 機会飲酒					
<input type="checkbox"/> ワイン 摂取量:1回() ml / () mlのボトルが()日でなくなる 頻度: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()日 <input type="checkbox"/> 月()日 <input type="checkbox"/> 機会飲酒					
<input type="checkbox"/> ウイスキー 摂取量:1回() ml ※原液 / () mlのボトルが()日でなくなる 頻度: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()日 <input type="checkbox"/> 月()日 <input type="checkbox"/> 機会飲酒					
<input type="checkbox"/> その他() 1回の摂取量:() ml ※原液 頻度: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()日 <input type="checkbox"/> 月()日 <input type="checkbox"/> 機会飲酒					
4. 輸血をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(歳ごろ)					
5. 鍼治療をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある					
6. 【女性の方】 経口避妊薬を使用したことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある					