腹痛　（ 初診 ・ 再診 ）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

体温　　℃、血圧:　　／　　mmHg、 脈拍:　　回／分、SpO2:　　%

・ いつからですか？（何年、何月、何日、何時頃）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・ どこが痛みますか？

・ どんな痛みですか？
差し込むような痛み ／ 鋭い痛み ／ ピリピリするような痛み ／何となく思い感じ

・ 痛みの強さは？　ごく軽度 ／ ややつらい ／ かなりつらい ／ 耐えられない

・ 腹痛が始まった時と今を比べてどうですか？　増悪傾向 ／ 改善傾向 ／ 変わらない

・ 腹痛は絶え間なく続いていますか？　絶え間なく続いている ／腹痛がない時もある

痛みがない時もある場合、1 回の持続時間は？
＿＿＿秒くらい・＿＿＿分くらい・＿＿＿時間くらい

・ 食事で胃痛・腹痛に変化はありますか？
食べると楽になる ／ 食べると痛くなる ／ 変わらない

・ 便は出ていますか？　はい（普通便／軟便／下痢／水様便、 回数＿＿＿回）／ いいえ

・ 排便で腹痛は楽になりますか？　楽になる ／ 変わらない

・ 吐き気はありますか？　はい ／ いいえ

・ 嘔吐はありましたか？　はい（いつ？　）／ いいえ

・ 食事や水分は摂れていますか？　はい ／ いいえ（摂れていないのは？ 水分／食事）

・ 周りに同じ様な症状の方はいますか？　いる ／ いない
いる場合、誰が＿＿＿＿＿＿＿＿、 いつから＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・ 歩くとお腹に響く感じはありますか？　はい（どこが？＿＿＿＿＿＿）／ いいえ