

<p>G 便通の異常がありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (複数回答可)</p>	<input type="checkbox"/> 便秘気味(頃から) <input type="checkbox"/> 常に便秘 <input type="checkbox"/> 軟便(頃から) <input type="checkbox"/> 下痢気味(頃から) <input type="checkbox"/> 便が細い(頃から) <input type="checkbox"/> 排便回数 日 回 <input type="checkbox"/> 排便時間が長い <input type="checkbox"/> 便秘と下痢を繰り返す <input type="checkbox"/> 下剤を使用(頃から) 薬剤名:
<p>H 最近1年間の体重に変化がありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	<input type="checkbox"/> 増え気味 約()kg / ()ヶ月 <input type="checkbox"/> 減り気味 約()kg / ()ヶ月
<p>I お腹に力が入る職業・趣味ですか(でしたか)？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	<input type="checkbox"/> 重たいものを持つ <input type="checkbox"/> 長時間立ちっぱなし <input type="checkbox"/> スポーツで腹圧がかかる(例:急に走ったり止まったり) <input type="checkbox"/> その他()
<p>J 以前にかかった病気がありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 癌(癌 年頃) <input type="checkbox"/> その他()
<p>K 現在、治療中の病気がありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	<p>病名() 内服している薬剤名() *お薬手帳をお持ちであれば受付にご提出下さい。 いつ頃から治療を受けていますか(年 月頃から)</p>
<p>L 今までに麻酔で異常があったことがありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	
<p>M 出血しやすい体質、または出血が止まりにくい体質と言われたことがありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	
<p>N 医師に使用を禁止されている薬がありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい わかればその薬剤名()</p>	
<p>O 女性の方 現在、妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (現在 妊娠 第 週)</p>	
<p>P その他、気になる症状がございましたらご記入ください</p>	