

相談サポートカード

病名

クローン病

潰瘍性大腸炎

性別



男性



女性

年齢

歳

あなたの現在の病状を教えてください。

体調

良好

やや
不良

不良

非常に
不良

きわめて
不良

体調の詳細:

腹痛

あり

なし

腹痛の痛みレベル

痛くない



痛い

排便回数

1日 平均

回

下痢回数

1日 平均

回

血便回数

1日 平均

回

体重の増減(半年)

kg

減った

増えた

ストレスレベル



0

2

4

6

8

10

あなたが現在気になっていること、したいことは何ですか？



スポーツ



旅行



学校生活・受験



仕事・就職



食事



恋愛・結婚



趣味



妊娠・出産

etc

その他

「気になっていること」「したいこと」の具体的な内容:

その他、先生に質問したいことがあれば記入して下さい。