

## 問診票

ふりがな		男・女 ( )	生年月日	T・S	年	月	日
氏名	様			H・R	(	歳)	
住所	〒		電話番号	自宅			
				携帯			
職業			身長	cm	体重	kg	
会社名							

## ●おしりの症状が( ない・ある )

①いつからですか？

\_\_\_\_\_ 日前から \_\_\_\_\_ 週前から \_\_\_\_\_ カ月前から \_\_\_\_\_ 年前から

②どのあたりに症状がありますか？

右・左・前・後・肛門の中・肛門の外・肛門のふち・肛門全体・その他( )

③痛みが(ない・ある)

排便時・排便後・座っている時・寝ている時・いつも・その他( )

④腫れが(ない・ある)

⑤イボの脱出が(ない・ある)

排便後に毎回・排便後に時々・常に出ている・その他( )

⑥脱出したイボは ( 自然と戻る・指で押すと戻る・戻らない )

⑦イボの大きさは ( 小豆大・小指の頭・親指の頭・卵大 )

⑧出血が(ない・ある)

どんなときに出血しますか？( 排便時・排便に関係なく・知らないうちに下着が汚れている )

どの程度出血しますか？(毎日又は 日に 回くらい・週に 1 回くらい・月に 1 回くらい)

紙につく程度・便に付着している・便器がピンク色になる・便器が真っ赤になる・はしりである

⑨かゆみが(ない・ある)

排便前・排便後・入浴後・就寝後・いつも・時々・その他( )

⑩排便状況について

排便回数 日に 回くらい ( 普通便・水様便・泥状便・軟便・硬便・コロコロ便 )

服用している下剤( ない・ある 薬剤名: )

裏面にも記入があります

## ●おなかの症状が( ない ・ ある )

①いつからですか？

\_\_\_\_\_日前から \_\_\_\_\_週前から \_\_\_\_\_ヵ月前から \_\_\_\_\_年前から

②どのような症状ですか？

痛み ・ 違和感 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

下痢( 1 日 \_\_\_\_\_回くらい 水様便 ・ 泥状便 ・ 軟便 )

便秘( \_\_\_\_\_日に \_\_\_\_\_回くらい 普通便 ・ 水様便 ・ 泥状便 ・ 軟便 ・ 硬便 ・ コロコロ便 )

③いつ、どんなときですか？

空腹時 ・ 食事後 ・ 排便前 ・ 排便後 ・ いつも ・ その他( \_\_\_\_\_ )

## ●病歴を教えてください (ある場合は病名・経過を記入してください)

痔 手術・通院 → いつ頃 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_

心臓病 なし ・ ある \_\_\_\_\_ ペースメーカーの装着 : なし ・ ある \_\_\_\_\_

脳疾患 なし ・ ある \_\_\_\_\_ 緑内障 なし ・ ある \_\_\_\_\_

前立腺 なし ・ ある \_\_\_\_\_ 開腹手術 なし ・ ある \_\_\_\_\_

糖尿病 なし ・ ある \_\_\_\_\_ 甲状腺疾患 なし ・ ある \_\_\_\_\_

骨粗鬆症 なし ・ ある \_\_\_\_\_ 肝疾患 なし ・ ある \_\_\_\_\_

その他( \_\_\_\_\_ ) ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 高脂血症 ・ 婦人科( \_\_\_\_\_ ) ・ 乳房 ・ 乳腺疾患( 右 ・ 左 )

## ●現在服用している薬は(ない・ある)→薬名 \_\_\_\_\_

抗凝固薬(血液をサラサラにする薬)の服用は ( ない ・ ある → 薬名: \_\_\_\_\_ )

## ●アレルギーが( ない ・ ある )→(薬品名: \_\_\_\_\_ その他: \_\_\_\_\_ )

歯科の麻酔で具合が悪くなったことが( ない ・ ある )

意識を消失したことがある( てんかん ・ 過換気発作 ・ その他: \_\_\_\_\_ )

●女性のみ 妊娠中( \_\_\_\_\_ヵ月) ・ 妊娠している可能性がある ・ 生理中である  
授乳をしている( 断乳が出来る ・ 出来ない ) ・ 妊娠 ・ 授乳していない

## ●内視鏡について教えてください

大腸内視鏡検査を受けたことが( ない ・ ある )→(最終検査 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃・結果 \_\_\_\_\_)

大腸ポリープを切除したことが( ない ・ ある )→(最終 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃)

胃内視鏡検査を受けたことが( ない ・ ある )→(最終検査 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃・結果 \_\_\_\_\_)

ピロリ菌検査を受けたことが( ない ・ ある )→結果(陰性・陽性)→除菌(済み・済んでない)

## ●ジェネリック薬品がある場合、使用を(希望する・希望しない・どちらでもよい)

## ●当院を受診するきっかけを教えてください

( ホームページ・チラシ・広告・ティッシュ・看板・知人からきいて(紹介者: \_\_\_\_\_様 )

★その他ご要望

[ \_\_\_\_\_ ]