

# 問 診 票

<small>ふりがな</small> お名前		大正・昭和・平成	未婚	ご職業
		年 月 日生 歳	既婚	
住 所			自宅TEL	
			携帯TEL	
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		身長	cm	体重
				kg

自覚 症状	① いつからですか？	月 日	時頃から	
	② 肛門が痛みますか？ 《はい・いいえ》	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排便時のみ（排便後 分程続く）</li> <li>・常に痛い</li> </ul>		
	③ 出血しますか？ 《はい・いいえ》	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排便と関係なく</li> <li>・排便時のみ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・真っ赤な血液</li> <li>・赤黒い血液</li> <li>・黒い血液</li> </ul>	
	④ 中から脱出しますか？ 《はい・いいえ》	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排便時のみ</li> <li>・息むと出てくる</li> <li>・常に出ている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自然に戻る</li> <li>・指で押し込んで戻す</li> <li>・戻らない</li> </ul>	
	⑤ 肛門の外側が腫れていますか？ 《はい・いいえ》	いつから腫れていますか？ ( 日前から腫れている。 )		
	⑥ 下着が汚れますか？ 《はい・いいえ》	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ときどき</li> <li>・毎日</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血液</li> <li>・粘液</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・うみ</li> <li>・便</li> </ul>
	⑦ 肛門周囲がかゆいですか？ 《はい・いいえ》	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排便後のみ</li> <li>・常にかゆい</li> </ul>	・その他 ( )	
	⑧ 熱がありますか？ 《はい・いいえ》	現在                      °C 日前より                  °Cくらいが続いている		
	⑨ お腹が痛みますか？ 《はい・いいえ》	どこがどのように痛みますか？ ( )		
便通	回数について 回 /          日くらい	排便に要する時間は 分くらい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・便秘が多い</li> <li>・下痢が多い</li> <li>・下痢と便秘を繰り返す</li> </ul>	
検査	大腸検査を受けたことがありますか？ 《はい・いいえ》	いつ頃 (          年          月頃 ) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> バリウム検査 <input type="checkbox"/> 便潜血		
	胃の検査を受けたことがありますか？ 《はい・いいえ》	いつ頃 (          年          月頃 ) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> バリウム検査		

**裏面もありますので、よろしく願います。**

● 今回の症状にたいして、どちらか病院・クリニックにかかりましたか？

はい ⇒ 病院・クリニック名 [ \_\_\_\_\_ ]  
いいえ

● いままでに肛門の病気をしたことがありますか？

はい ⇒ いぼ痔 切れ痔 脱肛 痔瘻 肛門周囲膿瘍  
いいえ いつ頃ですか \_\_\_\_\_ 年前  
どんな治療をしましたか  
売薬 医師からの投薬 注射 手術 放置した

● 今までにかかった病気または現在治療中の病気はありますか？

はい ⇒ 高血圧 高脂血症 糖尿病 脳卒中 肺炎 結核  
いいえ 狭心症 心筋梗塞 不整脈 性病 貧血 がん  
その他

● 今までに手術の経験はありますか？

ある ⇒ 病名 : \_\_\_\_\_  
なし いつ頃 : \_\_\_\_\_

● 現在、飲んでいる薬はありますか？

ある ⇒ [ \_\_\_\_\_ ]  
なし

\*おくすり手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください。

● 薬のアレルギーはありますか？

ある ⇒ [ \_\_\_\_\_ ]  
なし

●【女性の方のみ お答えください】

・現在妊娠してますか？ はい（現在妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月） いいえ 不明  
・現在授乳中ですか？ はい いいえ  
・出産回数 ( \_\_\_\_\_ )回

● 当院をお知りになったきっかけは何ですか？（複数回答可）

\*以前、記入されたことがある方は結構です。

近所・通勤・通学路なので、知っていた ご家族・知人・職場の同僚などの紹介  
インターネット（パソコン スマートフォン） 広告（駅構内 バス 電車 雑誌）  
他医療機関からの紹介 その他（ \_\_\_\_\_ ）