

問診票

記入日：20 年 月 日

フリガナ 氏名			男	生年 月日	H・S・T	年	月	日	才	既婚
			女							未婚
職業			身長 cm			体重 kg				

【女性の方のみお答えください】

- Q. 現在妊娠していますか。 はい（現在妊娠 力月） ・ いいえ ・ 不明
 Q. 現在授乳中ですか。 はい ・ いいえ
 Q. 出産回数 （ ）回

本日はどのような症状で来院されましたか 該当するものを○で囲んでください

1. 肛門の症状がある [あり ・ なし]

- ①痛み ②腫れ ③脱出 ④膿が出る ⑤かゆみ ⑥便がもれる ⑦その他（ ）
 Q. 上記の症状が始まった時期はいつからですか。（ ）から
 Q. ②以外に○をつけた方に確認します。その症状はどの様な時にに出来ますか（ ）
 Q. 以前に肛門の病気をしたことがありますか。 [ない・ある]⇒病名（ ）
 Q. 以前に肛門の手術をしたことがありますか。 [ない・ある]⇒手術名（ ）

2. 出血がある [あり ・ なし]

- ①排便時ティッシュに血が付く ②排便時血がポタポタと垂れる（量：多い・少い）
 ③便の表面に血が付いている ④便の中に血がまざる ⑤便潜血陽性

3. 便秘がある [あり ・ なし]

- ①何日も便が出ない ②今現在、肛門近くに便があるが出ない ③いつも残便感がある

*以下についてもお答えください

排便回数： _____ 日間に _____ 回 / 便の性状： 硬い・普通・軟らかい・水様
 排便時間： _____ 分 / 下剤使用： 使用しない・便秘時のみ・ _____ 日間に1回・毎日

4. その他の腹部症状がある

- ①腹痛 ②胃痛 ③下痢 ④お腹のはり ⑤食欲不振 ⑥胃もたれ ⑦胸やけ
 ⑧吐き気・嘔吐 ⑨背部痛 ⑩健診 / 他院での検査後の追加検査希望（内容： _____）
 ⑪その他（ _____ ）

Q. 上記の症状が始まったのは、いつからですか（ _____ ）

5. 既往歴 Q. 今までかかったことのある病気・現在治療中の病気に○をしてください。

- ①高血圧 ②糖尿病 ③心臓病（不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全） ④前立腺肥大 ⑤脳梗塞・脳出血
 ⑥緑内障 ⑦肝臓病（ _____ 型肝炎） ⑧腎臓病 ⑨喘息 ⑩精神疾患 ⑪がん（ _____ 癌） ⑫その他

Q. 今までに手術を受けたことがありますか [なし ・ あり]

病名： _____ / 手術を受けた時期（ _____ ）

病名： _____ / 手術を受けた時期（ _____ ）

6. 現在の内服薬について

Q. 血液がさらさらになるお薬を服用していますか。
 はい・いいえ

Q. お薬手帳の持参はありますか。 [あり ・ なし]

7. アレルギーについて

Q. アレルギーはありますか [なし ・ あり]
 お薬（ _____ ）
 食べ物（ _____ ）
 その他（ _____ ）

8. 嗜好品について

タバコ：吸わない・吸う（1日 本）

飲酒：飲まない・飲む（1日量； _____ ）