

問診票

記入日： 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|------|--|--------|----------|-------|---|---|---|---|----|
| フリガナ | | 男 女 | 生年 月日 | R・H・S | 年 | 月 | 日 | 歳 | 既婚 |
| 氏名 | | | | | | | | | 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出血 ⑤膿が出る ⑥かゆみ ⑦便がもれる ⑧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. その症状はどの様な時に出来ますか（ ）
 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. 出血がある方にお聞きします。出血はどの程度ありますか

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

3. 内視鏡検査を受けたい [胃 ・ 大腸] 健診で便潜血陽性と診断された [はい ・ いいえ]

※電話で検査日を予約済の方は日程を記入してください（ ）

4. 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

5. 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その他（ ）

Q. 上記の症状が始まったのは、いつからですか（ ）

6. 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潰瘍性大腸炎 ⑬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（ ）

7. 現在、内服している薬を下記に記入してください

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]

8. 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（ ）

9. 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： ）