

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			分院歴	
【女性の方のみお答えください】										<input type="checkbox"/> 東葛辻仲病院 <input type="checkbox"/> アルト新橋クリニック <input type="checkbox"/> 辻仲柏クリニック <input type="checkbox"/> つくばクリニック
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 ・ 少ない) 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 *以下に現在服用しているお薬名をご記入ください <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; height: 60px; width: 100%;"></div> 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 ; _____)	