

患者ID ()

大腸肛門外科・消化器外科・消化器内科 問診票

記入日: 20 年 月 日

フリガナ		男	生年月日	平・昭・大・明	年	月	日	歳	既婚・未婚
氏名		女							
職業			身長cm		体重kg			分院歴	
【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 カ月)・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								□東葛辻仲病院 □アルト新橋クリニック □辻仲柏クリニック □つくばクリニック	

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○を付けた方に確認します。その症状はどのような時に出来ますか ()	
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 [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. 今までに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	8. アレルギーについて
Q. 現在服用中のお薬はありますか [ある・ない]	Q. アレルギーはありますか [なし・あり]
Q. 血液がさらさらになるお薬を服用していますか	お薬 ()
はい・いいえ	食べ物 ()
* 以下に現在服用しているお薬名をご記入ください	局所麻酔薬 ()
	消毒薬 ()
	その他 ()
Q. お薬手帳の持参はありますか [ある・ない]	9. 嗜好品について
7. 3ヶ月以内の海外渡航歴はありますか?	タバコ : 吸わない・吸う(1日 本)
いいえ はい いつ ()	飲酒 : 飲まない・飲む(1日量:)
場所 ()	