

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	西暦	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】							<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		いいえ・はい(現在妊娠 ヵ月)・不明						
Q. 現在授乳中ですか		いいえ・はい						
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 [なし・あり]	
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ますか ()	
Q. 以前に肛門の病気をしたことがありますか [なし・あり] → 病名 ()	
Q. 以前に肛門の手術をしたことがありますか [なし・あり] → 手術名 ()	
2. 出血がある [なし・あり]	
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 [なし・あり]	
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 [なし・あり]	
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 [なし・あり]	
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. 現在服用中のお薬はありますか [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	
いいえ・はい	
* 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: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	
Q. お薬手帳の持参はありますか [なし・あり]	
7. 3ヶ月以内の海外渡航歴はありますか?	
いいえ・はい いつ ()	
場所 ()	
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 ()	
局所麻酔薬 ()	
消毒薬 ()	
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: ____)	