

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】

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

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 [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

Q. お薬手帳の持参はありますか [なし・あり]

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 ()

7. 1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 ()

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:)

10. 新型コロナウイルス感染症にかかった事がありますか? いいえ・はい いつ ()