

## IBD 問診票

記入日: 20 年 月 日

フリガナ	男 女	生年 月日	西暦 年 月 日			歳	既婚
氏名							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		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					

1. 病気の治療経過 腸疾患の症状の経過を記入してください

2. 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. 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 ( )

3. 既往歴 [ なし・あり ] Q. 今までかかったことのある病気・現在治療中の病気を記入してください

年齢	疾患名	治療(手術・入院・内服等)	病院名

4. 家族歴 [ なし・あり ] Q. 家族(血縁関係)の病気について教えてください

続柄	持っている疾患	続柄	持っている疾患
(例)父	肺癌、高血圧、高脂血症、糖尿病	きょうだい	
父		子供	
母			
祖父			
祖母			

5. 仕事

Q. 現在の仕事を教えてください ( )

Q. 勤務時間は ( : ~ : )

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

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 ( )

局所麻酔薬 ( )

消毒薬 ( )

その他 ( )

8. 嗜好品について

タバコ : 吸わない  
吸っていた(1日 本 / 歳まで)  
吸う(1日 本)

飲酒 : 飲まない  
機会飲酒程度  
飲む(種類: 1日量: )

9. 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( )

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( )