

問 診 表

ID _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ (_____ 歳) 男・女 未婚・既婚 職業: _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

本日はどのような症状で来院されましたか？

肛門科

①痛み ②出血 ③脱出 ④分泌物 ⑤かゆみ ⑥便がもれる ⑦便が出にくい

- その症状はいつからですか (_____)
- 以前に肛門の病気をされたことがありますか (病名: _____)
- どのような治療でしたか (薬・手術・注射 _____)
病院名(_____)

胃腸科・内科・外科

①腹痛 ②下痢 ③お腹のはり ④便秘 ⑤胸やけ・胃もたれ ⑥嘔気嘔吐
⑦発熱 (_____ °C) ⑧検診で検査を勧められた(市検診、人間ドック、他) ⑨その他 (_____)

- その症状はいつからですか (_____)
- 10日以内に海外渡航歴は、ありますか 無・有 (国名: _____)

検査の相談

胃内視鏡検査・大腸内視鏡検査・その他(_____)

- 今までに当院で内視鏡検査を受けたことがありますか 無・有

今までに次の病気をしたことがありますか

①高血圧 ②心臓病・ペースメーカー埋め込み ③糖尿病 ④前立腺肥大 ⑤緑内障
⑥肝炎(_____) ⑦腎臓病・透析中 ⑧精神疾患 ⑨その他(_____)

今までに手術したことがありますか

無・有 (_____)

現在治療中の病気はありますか

無・有 (病名 _____)

現在内服中の薬はありますか

無・有 (_____)
血液サラサラになる薬がありますか 無・有 (_____)

排便の状態についてお聞きします

回数 _____ 日に _____ 回 便の性状 ⇒ 硬い・普通・軟らかい・水様
下剤の使用 無・有 (_____)

薬・食物のアレルギーはありますか

無・有 (_____)
麻酔で気分がわるくなったことはありますか 無・有 (_____)

女性の方へお聞きします

妊娠歴 無・有・妊娠中・授乳中

記載していただいた情報は診察においてのみ使用し、他の目的で第三者に開示することはありません。