ID：

問診票

記入日 ２０　　年　　月　　日

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

◎ 紹介状の持参はありますか？　　なし・あり

◎ １か月以内に海外渡航をしましたか？　なし・あり

肛門の症状がある

痛み　腫れ　脱出　膿や分泌物が出る　かゆみ　便がもれる

発熱（　　℃）　その他（　　）

- **いつからですか？**（　　）
- **肛門科で診察を受けたことがありますか？**　なし ・ あり →（病院　　）
- **肛門の手術をしたことがありますか？**　なし ・ あり →（病院　　）

出血の症状がある

- **いつからですか？**（　　）
- **色は？**　鮮血　赤黒い
- **量は？**　紙に付く程度　便器に垂れる（ 多い ・ 少ない ）　便に混入している

腹部の症状がある

胃痛　吐き気　嘔吐　食欲不振　胃もたれ　胸やけ　発熱（　　℃）

腹痛　下痢　張り感　足の付け根のふくらみ　その他（　　）

- **いつからですか？**（　　）

便秘の症状がある

便が出ない（____月____日から）　肛門近くに便がある　出ているが常に残便感あり

検査の相談希望

大腸カメラ　胃カメラ　その他（　　）

- **検査目的は？**　便潜血陽性の精密検査 ・ 経過観察 ・ その他（　　）

上記症状以外の相談がある　（　　）

排便の状態について

- **排便回数**　１日_____回　または　_____日ごとに_____回
- **便性状**　硬い　普通　軟らかい　水様
- **下剤使用**　毎日使用 ・ 便秘時のみ使用 ・ 数日おきに使用 ・ 使用していない

既往歴・投薬について

高血圧　糖尿病　心臓病・ペースメーカー　腎臓病・透析中　肝臓病　喘息　がん

緑内障　脳梗塞　前立腺肥大　精神疾患　その他（　　）

- **現在医療機関に通院中ですか？**　いいえ ・ はい
- **手術を受けた事がありますか？**　いいえ ・ はい →（病名　　）
- **現在、薬を内服していますか？**　いいえ ・ はい → 薬手帳持参あり ・ 薬手帳持参なし
- **血液をサラサラにする薬を内服していますか？**　いいえ ・ はい →（薬名　　）
- **この１年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受けましたか？**　いいえ ・ はい（異常：あり・なし）

薬・食べ物のアレルギーはありますか？

なし ・ あり（　　）

女性の方のみ

妊娠中（　　か月）・ 授乳中

麻酔で気分が悪くなった事はありますか？

なし ・ あり ・ 使用したことがない

当院は個人情報の取り扱いについて細心の注意を払っています。上記の個人情報に関しましても診療以外に使用いたしません。