

《 問 診 票 》

No. _____

年 月 日

フリガナ	生年月日 大・昭・平 年 月 日(歳)	
氏名	職業	
住所 〒 -		
電話番号 - -	携帯電話 - -	

- 1、本日はどうしましたか？（いつ頃から？ どこが？ どのように？）
（ ）
- 2、・身長 cm ・体重 kg
- 3、現在妊娠している可能性はありますか？ ①ある ②ない
- 4、今までに大きな病気にかかった事がありますか？ ①ある ②ない
①の方へ あてはまるものに○を付けて下さい
心臓病 高血圧 糖尿病 高脂血症 肝臓病 腎臓病 喘息 結核
その他（ ）
いつ頃ですか？（ ）
- 5、現在、飲んでおられるお薬はありますか？ ①ある ②ない
①の方へ ・お薬の名称は？（ ）
- 6、今までに薬で具合が悪くなった事がありますか？ ①ある ②ない
①の方へ ・お薬の名称は？（ ）
・どのような症状ですか？（ ）
- 7、血のつながった家族で大きな病気をした方は？ ①いる ②いない
①の方へ ・病名は？（ ）
・続柄は？（本人の ）
- 8、アルコールは飲みますか？ ①飲む ②飲まない
①の方へ 1日の飲む量は？（ ）を（ ）ml、本、合
飲む頻度は？（例：週に2.3回）（ ）
- 9、タバコは吸いますか？ ①吸う ②吸わない
①の方へ 1日に吸う本数は（ ）本 何歳から（ ）歳
- 10、当クリニックを何でお知りになりましたか
①看板を見て ②HP(どのサイトからですか？yahoo・google・その他)
③知人の紹介(お名前) ④タウンページを見て ⑤その他()

◆肛門科を受診される方は引き続き裏(次頁)にもご記入願います

肛門の悩みで来院された患者さんへ

1. 痛みはありますか？ ①ある ②ない
①の方へ ・いつ頃から？（ 日・月・年ぐらい前から）
・どんな時に？（・排便時 ・座った時 ・その他 ）
2. 出血はありますか？ ①ある ②ない
①の方へ ・いつ頃から？（ 日・月・年ぐらい前から）
・どんな時に？（・排便時 ・その他 ）
・出血量は？（・少 ・中 ・多）
・どんな色？（・鮮血 ・暗赤色 ・黒色 ・その他 ）
3. 肛門から何か出ているものはありますか？ ①ある ②ない
①の方へ ・いつ頃から？（ 日・月・年ぐらい前から）
・どんな時に？（・排便時 ・その他 ）
・自然に戻りますか？ はい いいえ
・指で押し込めば戻りますか？ はい いいえ
・出っ放しですか？ はい いいえ
4. 腫れはありますか？ ①ある ②ない
5. 排便回数は？ （ 回 / 日）
6. 便の硬さは？ ①やわらかい ②正常 ③硬い
7. 排便時便座にしゃがんでいる時間 （ 分くらい）
8. 排便後もすっきりせず残便感がありますか？ ①ある ②ない
9. 今までに肛門の手術・治療を受けたことがありますか？ ①ある ②ない
①の方へ ・いつ頃ですか？ （ 年頃）
・病名は？ （ ） □手術した
・医療機関名 （ ）
10. 妊娠・出産の経験はありますか？ 妊娠 ①ある()回 ②ない
出産 ①ある()回 ②ない □帝王切開
11. 授乳中ですか？ ①はい ②いいえ

※次回からの診療を受けられる前の注意点

「診察を受ける前には、なるべく排便を済ませておいて下さい」

ただし、強い下剤や浣腸の使用は避けてください。使用すると、直腸粘膜に炎症をきたし、正常な状態を把握できなくなるためです。