

問診票

記入日 2020 年 月 日

ふりがな
氏名：

職業（差し支えなければ）：

既婚 未婚

住所 〒

連絡のつく電話番号

当院を何でお知りになりましたか？

インターネット（google yahoo その他） ホームページ 他院からの紹介
看板(通りすがり) 王子公園駅の看板 バス広告 知人の紹介 その他()

院内でお名前をお呼びしてよろしいでしょうか

(はい いいえ) *いいえの方には番号札をお渡しします。

① 肛門の症状がありますか。

1.出血 → (あり なし) いつから ()

a 排便時、紙につく程度 b 排便時にポタポタと落ちる c 便の表面に血がつく
d 便の中に血が混ざる e 検診で便鮮血陽性だった f 下着に血がついている
g 排便以外に出血があった

2.痛み → (あり なし) いつから ()

a 排便前後に痛みあり b 長時間同じ姿勢で痛くなる c 肛門の奥が痛い
d 急に痛みがおこりおさまる

3.違和感 → (あり なし) いつから ()

4.イボが脱出している → (あり なし) いつから ()

a いつも出ている b 排便時、出てきて、その後自然にもどる
c 排便時、出てきて、押して戻している

5.膿がでる → (あり なし) *ありの方 体温 ℃

6.分泌物がでる → (あり なし)

7.かゆみがある → (あり なし)

8.便もれがある → (あり なし)

いつから () 頻度は () 日・月に () 回

9.その他 ()

② 便秘がある (あり なし)

排便回数は 日間に 回

便の形は次のうちどれか

a コロコロ便 b コロコロ便がくっついている c ヒビの入った硬い便 d 普通便
e 形のある軟便 f 形のない泥のような便 g 水のような便

③ これまで大きな病気をしたことがありますか

あり () なし

④ これまで手術をしたことがありますか

あり (病名 手術名) なし

⑤ 現在、治療中の疾患はありますか

あり (病名)

⑥ 内服薬*お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい

あり () なし

⑦ アレルギーの既往

あり (食物 薬剤 その他 ()) なし

⑧ 女性の方

1.現在妊娠中ですか (はい いいえ) 予定日 20 () 年 () 月 () 日

2.授乳中ですか (はい いいえ)

⑨ タバコ → 吸わない 吸う 過去に吸っていた (1日 本 × 約 年)

⑩ アルコール → 飲まない 飲む

(種類 、 一回 ml・合、 毎日 週数回 月数回)

⑪ 肛門の治療はどこまで希望されますか

手術を希望する 必要があれば手術を希望する

手術はしたくないので薬の治療を希望する とりあえず現状を診て欲しい