

問診票

記入日 2021年 月 日

スムーズな診察のために、できるだけ詳しく症状をおしえていただきたいです。
ご協力お願いいたします

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

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. どのような肛門（または肛門周囲）の症状がありますか？ もっともお困りの症状に◎をつけてください。

出血⇒

- 排便時に紙につく ポタポタと落ちる 便の表面に血がつく
 便の中に血が混ざる 下着に血がつく 排便以外に出血する

痛み⇒

- 排便前後に痛み 長時間同じ姿勢で痛み 肛門の奥が痛い 急に痛くなりおさまる

いぼ⇒

- 常に出ている 排便時、出てきて自然にもどる 排便時、出てきて押して戻している

かゆみ⇒

- 寝ている時も無意識にかいてしまうくらいひどい 時々かゆい

違和感がある 分泌物がでる 膿がでる

便漏れ⇒ 頻度： 毎日 1週間に数回 1ヶ月に一回 数ヶ月に一回 一回のみ

その他（ ）

2. 以上の症状で、もっともお困りの症状は（上記で◎つけた症状）いつからですか？

- 今日 （ ）日前 （ ）週間前 （ ）ヶ月前 （ ）年前
 わからない

3. 何か伝えたいことがあればかいてください

裏もご記入ください⇒

4. 排便の状況をおしえてください

排便回数： 毎日 1～2日に一回 3～7日に一回 7日以上でない

便の形： コロコロ便 コロコロ便がくっついている ヒビの入った硬い便 普通便
 形のある軟便 形のない泥のような便 水のような便 下痢と便秘を繰り返す

5. 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 薬の治療を希望する
 現状を診て欲しい

6. これまで大きな病気をしたことがありますか

あり ()
手術した (いつ 手術名)
 なし

7. 内服薬

*お薬手帳を提出された方は記載不要です

あり ()
 なし

8. タバコ ⇒ 吸わない 吸う 過去に吸っていた

アルコール ⇒ 飲まない
 飲む (毎日 週数回 月数回)

9. アレルギーの既往

あり (食物 薬剤 その他 ())
 なし

10. 女性の方

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

2. 授乳中ですか (はい いいえ)

3. 出産経験 (あり：いつ なし)

*ご協力ありがとうございました。

