

初診	しょうのクリニック	肛門科 問診表	記入日	年	月	日
下記の間診内容についてわかる範囲内で結構です。診察の参考にさせていただきます。						
フリガナ		生年月日	年	月	日	
氏名	男	大・昭・平	年	月	日 ( )	才
	女					
住所 〒				職業		
電話番号 (自宅)				(携帯)		
<b>自覚症状</b>						
肛門が痛みますか? ( はい・いいえ ) いつですか? (排便時・後・いつも)						
出血しますか? ( はい・いいえ ) (排便時・後・いつも)						
中から脱出しますか? ( はい・いいえ ) (排便時のみ・排便後も・いつも)						
肛門の外の周辺が腫れていますか? ( はい・いいえ ) いつから腫れていますか?						
下着が汚れますか? ( はい・いいえ ) (血液で・うみで・便で)						
肛門周囲がかゆいですか? ( はい・いいえ ) (排便時に・常にかゆい)						
熱がありますか? ( はい・いいえ ) ( ) 日前から 体温 度						
症状に対してお薬を使っていますか? (はい・いいえ)						
どんな薬ですか? ( )						
お腹が痛みます: ( はい・いいえ ) どこが痛みますか? ( )						
肛門の手術を受けたことがありますか? (はい・いいえ) どこで? ( )						
<b>現在の状態を教えてください。</b> (身長 cm / 体重 kg)						
食 欲 ( 良い・普通・不良 ) 睡 眠 ( 良い 普通 不良 )						
便 通 ( 良い・下痢・便秘 ) 運 動 (定期的に運動している ・ 特に何もしていない)						
<b>今までに大きな病気にかかったことはありますか?</b> ( なし ・ あり )						
①心臓病 ②脳梗塞・脳出血 ③糖尿病 ④高血圧 ⑤高脂血症 ⑥がん (部位 )						
⑦肝臓病 ⑧腎臓病 ⑩気管支喘息・COPD ⑪結核・肺炎 ⑫骨折						
⑬その他 ( )						
⑭他の手術を受けたことが ( ない ・ ある ) 何の手術でしたか? ( )						
<b>どこの病院でその治療を受けましたか?</b> (今も病院に通っている ・ 今は通っていない )						
<b>お薬や食べ物にアレルギーはお持ちですか?</b> ( なし ・ あり )						
お薬の名前 ( )						
食べものの名前 ( )						
<b>嗜好品について</b>						
タバコ (吸ったことはない・毎日 本吸っている・禁煙できなかった・禁煙した )						
お酒 (飲まない ・ ビール/日本酒/焼酎/ワインを1日 本(合) 飲む・断酒した)						
ドラッグストアやネットで購入して使っている薬・健康食品・サプリメントが ( ある ・ ない )						
<b>女性の方へお伺いします</b> (男性の方は記入不要です)						
妊娠している可能性は? ( あり ・ なし ) 生理 ( 順調・不順・ 歳で閉経した )						
授乳をされていますか? ( あり ・ なし )						
<b>治療について</b> 大腸内視鏡検査を受けられたことはありますか?						
( ) できればお薬で治療したい。 ( はい・いいえ )						
( ) 必要であれば手術・処置したい。 何年前に 年 医療機関:						
( ) 相談して決めたい。 必要によっては大腸内視鏡検査を希望されますか?						
その他 ( ) ( はい・いいえ )						
お持ちの場合は、受付でお薬手帳を御提示ください。						
ご協力ありがとうございました。						