

# 問 診 票

NO.

--	--	--	--	--

受診日： 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
氏 名	男・女	年 齢	歳	職 業	
住 所	〒 -	電話番号			

※本日、来院された症状は？

.....

.....

1. 【受診の前に】 ・現在の体温\_\_\_\_\_度\_\_\_\_\_分 ・身長 \_\_\_\_\_cm ・体重 \_\_\_\_\_kg
2. 【女性の方へ】 ・現在妊娠されていますか？ ① はい ② いいえ
3. 【既 往 歴】 ・今までに大きな病気にかかれた事がありますか？ ① はい ② いいえ  
 ①の方へ あてはまるものに○を付けてください。  
 A 心臓病 B 高血圧 C 糖尿病 D 肝臓病 E 腎臓病 F 喘 息  
 G 結 核 H 血液病 I 神経病 J その他 ( )
- ①の方へ ・今までに手術を受けられた事がありますか？ ① はい ② いいえ  
 ・いつ頃ですか？ ( 昭・平・令 \_\_\_\_\_年頃 )  
 ・病名は？ ( )
4. 【医療機関】 ・現在かかりつけの医院または病院はありますか？ ① はい ② いいえ  
 ①の方へ ・医療機関の名称は？ ( )
5. 【服用薬剤】 ・現在服用中のお薬はありますか？ ① はい ② いいえ  
 ①の方へ ・お薬の名称は？ ( )
6. 【アレルギー】 ・今までにお薬でアレルギーになった事がありますか？ ① はい ② いいえ  
 ①の方へ ・お薬の名称は？ ( )  
 ・どのような症状ですか？ ( )
- ①の方へ ・今までに食事でアレルギーになった事がありますか？ ① はい ② いいえ  
 ・食べ物の名称は？ ( )  
 ・どのような症状ですか？ ( )
7. 【ご 家 族】 ・ご家族の方で今までに大きな病気をされた方は？ ① いる ② いない  
 ①の方へ ・病名は？ ( )  
 ・続柄は？ ( )
8. 【嗜 好 品】 ・アルコールは飲まれますか？ ① 飲む ② 飲まない  
 ①の方へ ・1日に飲む量は？ ビール 大・中・小\_\_\_\_\_本、 日本酒\_\_\_\_\_合
- ①の方へ ・タバコは吸われますか？ ① 吸う ② 吸わない  
 ・1日に吸う本数は\_\_\_\_\_本

----- 肛門の悩みで来院された患者さんへ -----

※診察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ことがあるためです。

9. 痛みはありますか？ ①ある ②ない

①の方へ ・いつ頃から？ ( \_\_\_\_\_ )  
・どんな時に ( ・排便時 ・座った時 ・その他 )

10. 出血はありますか？ ①ある ②ない

①の方へ ・いつ頃から？ ( \_\_\_\_\_ )  
・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 )

11. 肛門から脱出物がありますか？ ①ある ②ない

①の方へ ・いつ頃から？ ( \_\_\_\_\_ )  
・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

12. 便の硬さは？ ①やわらかい ②正常 ③硬い

13. 今までに肛門の手術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？ ( 昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年頃 )  
・病名は？ ( \_\_\_\_\_ )