

問診表



秋田肛門外科
おぬきクリニック

初診 年 月 日

氏名

男・女

歳 職業

身長

cm

体重

kg

●当院をどのようにして、お知りになりましたか？

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. 医院の紹介(医院名) | 3. HP(インターネット) |
| 2. 知人の紹介 | 4. その他() |

該当する現在のすべての症状を○で囲んでください。

1. 痛み	ない	
	ある	1. いつも 2. ときどき 3. 排便時だけ 4. 排便後に強い 1. すこし 2. がまんできる 3. がまんできない 1. ズキズキはげしい 2. にぶい 3. チクチク 1. 間をおいて 2. 連続的
2. 出血	ない	
	ある	1. 排便時だけ 2. 排便時以外も 1. ドツと出る 2. ポタポタ落ちる 3. 血のかたまりがでる 4. 紙につく 1. 真赤 2. ドス黒い 1. 便に混じっている 2. 便のまわりについてくる
3. かゆみ	ない	
	ある	1. すこし 2. ときどき 3. 非常に
4. 脱出 腫れ	ない	
	ある	1. いつも 2. 歩いたり、重いものを持つとき 3. 排便時 3. に○をつけた人は、その時に イ. 自然におさまる ロ. 指でいれる ハ. もどらない 1. 肛門全体 2. 半分 3. 右 4. 左 5. 前 6. 後
5. 熱感	ない	
	ある	本日の体温 BT= °C
6. 分泌物	ない	
	ある	1. 粘液 2. 膿 3. 粘血液 1. ときどき 2. いつも 1. 肛門の中から 2. 肛門の外から 3. 肛門の外に穴があり、分泌物がでる
7. 便通		1. やわらかい 2. かたい 3. 正常 4. 便が細い 1. 便秘気味 2. 常に便秘 3. 下痢気味 4. 便秘と下痢を繰り返す 1. 便が残っている気がする 2. 出たい感じがいつもする 1. 必ずりきむ 2. りきまない 便の回数: 日 回 排便時: 約 分位) ※下剤を使用している方は、薬の名前をご記入ください ()
	8. その他	上記以外で何かございましたら、ご記入ください
以上、1～8であなたが一番悩んでいる症状は、()番でいつ頃からですか？		
年前 ヶ月前 日前		
9. 排便後にお尻を洗っていますか？		
いいえ はい (洗浄時間 分 秒)		

裏面に続きます

●以前にも肛門の病気をしたことがありますか							
ない							
ある	イ. いつ頃ですか	年前	ヶ月前	日前			
	ロ. その時は治りましたか	はい・いいえ					
	ハ. どのような治療をしましたか	売薬 医師からの投薬・手術・注射 その他()					
	ニ. その時の病名がわかりましたらご記入ください()						
	ホ. 通院した病院名をご記入ください()						
	ヘ. 通院した期間は	年	月	日	～	年	月
ト. 現在も通院中ですか	1. はい			2. いいえ			
●以前に肛門以外の手術をしたことがありますか							
ない							
ある	イ. いつ頃ですか	年前	ヶ月前	日前			
	ロ. その時の病名がわかりましたらご記入ください()						
	ハ. 手術をした病院名をご記入ください()						
●現在かかっている病気はありますか。○印をつけてください							
ない							
ある	高血圧	糖尿病	肝臓病	心臓病	結核	性病	婦人科疾患
	胃腸病	泌尿器疾患	貧血	喘息	肝臓病(B型肝炎・C型肝炎)		
	その他 ()						
	イ. いつからかかっていますか	年前	ヶ月前	日前			
	ロ. どこに通院していますか()						
	ハ. お薬を飲んでいますか	いいえ・はい					
ニ. 特に血液サラサラにする薬(抗凝固剤)を内服していますか	いいえ・はい(薬剤名)						
ホ. お薬手帳を持ってきていますか	いいえ・はい						
●過去3ヶ月に入院したことがありますか							
ない							
ある	イ. その時の病名がわかりましたらご記入ください()						
	ロ. 入院した病院名をご記入ください()						
	ハ. 入院した期間は	年	月	日	～	年	月
●アレルギー症状(発疹・かゆみなど)をおこしたことがありますか							
いいえ							
はい	注射・薬・食べ物	その内容 ()					
●医師に使用を禁止されている薬がありますか							
いいえ							
はい	薬剤名	()					
●嗜好品							
アルコール・香辛料・コーヒー・タバコ							
●妊娠していますか(女性の方へ)							
いいえ							
はい	()ヶ月	出産回数()回					
●授乳していますか(女性の方へ) いいえ・はい							
●大腸検診はうけていますか(過去5年間)(便潜血検査は含みません)							
いいえ							
はい	大腸内視鏡	大腸バリウム検査	医療機関名()				
	最終検診日	年前	ヶ月前	日前			