

問診票

記入日: 令和 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	(大・昭・平・令) 年月日生 (歳)
氏名				
ご連絡先	〒	—	ご職業	
	電話	()	携帯	()

※ 次の当てはまるものに○印をしてください。

1. 今日はどうされましたか？現在の症状を簡単に記入してください。	ある	ない	
☆いつ頃からどのような症状ですか？ 例：昨日の朝から熱が出てのどが痛い	〔 〕		
2. <u>しつしん</u> 、 <u>かぶれ</u> 、 <u>じんましん</u> がでた事がありますか？	ある	ない	
原因（くすり）：	食べ物：	その他：	
3. <u>ぜんそく</u> といわれた事がありますか？	ある	ない	
4. 注射して具合が悪くなった事がありますか？ (注射の名前：)	ある	ない	
5. <u>のみぐすり</u> や <u>その他のくすり</u> で副作用が起きたことがありますか？ (薬の名前：)	ある	ない	
6. 治療中に <u>気分が悪くなつた</u> 事がありますか？ (その治療は：)	ある	ない	
7. 現在、他に飲んでいる <u>くすり</u> がありますか？ (そのくすり：)	ある	ない	
8. これまでに医師から <u>特別な体質</u> といわれた事がありますか？ (その体質は：)	ある	ない	
9. 重い病気をしたことがありますか？	ある	ない	
10. 入院したことがありますか？ (病名：)	ある	ない	
11. 手術を受けたことがありますか？ (病名または手術名：)	ある	ない	
12. 海外旅行をされたことがありますか？	ある	ない	
～13、14は発熱・下痢の症状のある方のみ おたずねします～			
13. 現在、身近に感染症患者（疑いも含む）の方がいますか？ ※感染症患者（インフルエンザやノロウイルス患者など）	いる	いない	
14. 現在、感染症（疑いも含む）の症状がありますか？	ある	ない	
15. 女性のみ 妊娠していますか？（ヶ月）or その可能性がありますか？	はい	いいえ	
16. 女性のみ 授乳中ですか？	はい	いいえ	
17. 今までに当院を受診されたことがありますか？ (その傷病名は：)	ある	ない	
18. 介護保険の認定を受けていますか？	はい	いいえ	
19. 介護度 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 (担当ケアマネ：)	事業所：	（ ）	
～65歳以上の方におたずねします～			
20. 何人暮らしますか？(人 どなたと暮らしていますか？)	（ ）		
21. お世話して下さる方はどなたですか？()	（ ）		
おヶガの場合にお尋ねします。	①仕事中のおヶガですか？	はい	いいえ
	②通勤中のおヶガですか？	はい	いいえ
	③交通事故ですか？	はい	いいえ

大腸・肛門疾患病歴問診票

表

氏名:

当院をどうして選ばれましたか○印をつけて下さい。	
①知り合いなど(親 ・ きょうだい ・ 親せき ・ 他の医師 ・ 医療関係者 ・ 友人 ・ 知人) ②電話帳 ③広告看板 ④ホームページ ⑤インターネット(ホームページ以外) ⑥その他 ()	
紹介者:()さん 紹介者:()医師	
今回の症状は、はじめてですか？(はい ・ いいえ) ⇒ (いいえ)の方はいつ頃からですか？()前頃	
初めて肛門・大腸が悪くなつてからの経過を書いて下さい。	今までに大腸肛門病の治療をうけたことがありますか。 [外来で・入院して・のみ薬・坐薬 結紮(くくる)・手術・ALTA硬化療法 その他()] いつ、どこでうけましたか？ 1. 2.
ご心配なことがありましたら○印をつけてください。	(2.根治手術で治したい) をご希望の方でお聞きになりたいことに○印をつけて下さい。 1.通常の入院日数について 2.手術の麻酔や術後の痛みについて 3.術後の排便について 4.手術費用について 5.その他()
1.癌(ガン)ではないか？ 2.薬での治療は可能か？ 3.手術が不安 4.手術したくない その他()	
ご希望があれば○印をつけて下さい。	1.お薬などで治療をうけたい 2.根治手術で治したい 3.アルタ注射硬化療法 4.その他()
あなたの使われるトイレは洋式ですか、和式ですか。	
1.シャワートイレ(ウォシュレット) 2.洋式 3.和式 4.携帯用おしり洗浄器	1.通常の入院日数について 2.手術の麻酔や術後の痛みについて 3.術後の排便について 4.手術費用について 5.その他()
使用している痔の薬や内服薬がありましたら番号に○をつけて、わかれれば名前を書いて下さい。	
1.坐薬 なまえ() 2.内服薬 なまえ() 3.下剤 なまえ()	
仕事の内容: 1.長くすわる 2.長く立つ 3.長く運転する 4.重い物をかかえる 5.ストレスがかかる 5.職名() 6.役職名()	
アルコールをどの程度飲酒されますか？	
1.飲酒する (1日 ビール 本 、 酒 合 、 燃酌 杯 、 ワイン 杯 、 その他) 2.飲酒しない	
喫煙: タバコ 1日()本 既婚 ・ 未婚 ・ 妊娠中(月目) ・ 授乳中	
お産 回	
あなたは今まで大腸ポリープ、大腸ガンその他の大腸の病気をされましたか？	
病名() いつ: () 手術() いつ: ()	
骨盤周辺の放射線治療をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)	
現在、透析治療を受けていますか？ (はい ・ いいえ)	
血のつながった方の中で大腸や肛門の悪い方がいらっしゃいますか？ (遺伝性体質の確認です。差し支えなければ、ご関係を教えて下さい。)	

※ 治療費のご質問につきましては、受付にてお気軽にお尋ね下さい。

あなたの症状に○を付けて下さい。 ()内に数字を記入して下さい。		いつ頃からですか? ()中に数字を入れて下さい
出血 (肛門から)	1.なし 2.紙に付く程度・下着についている 3.ポタポタとたれる 4.シャーッとほとばしるように出る(便器がまっ赤になる)	1.()年前頃よりありました 2.()カ月前頃より 3.()日前頃より 4.今でも続いているか? (はい ・ いいえ)
	1.まっ赤 2.ピンク 3.赤黒い 4.黒色	
	1.排便の前に 2.排便の時 3.排便のあとで 4.便に混って 5.便についている 6.時々でる	
痛み (肛門の)	1.なし 2.排便の時 3.排便のあと 4.排便に関係なく痛む	
	1.軽い 2.にぶい 3.重苦しいような 4.さすような 5.ずきずき激しい又は脈うつような	
	1.なし 2.一部 3.半周位 4.全周にわたって出る	
脱出 (肛門がはれてひっくりかえって出ること)	1.排便時に出る 2.歩くと出る 3.力むと出る 4.いつも出ている 5.急に出た 6.運動や仕事で出る	
	1.自然にもどる 2.指で押しこむ 3.押し込んでもすぐ出る 4.押し込んでももどらない	
	1.なし 2.一部 3.半周位 4.全周にわたって	
はれしこり	1.なし 2.ある 体温()℃ 3.ゾクゾク寒気がする	1.いつ頃からですか? 2.今でも続いているか? (はい ・ いいえ)
発熱	1.なし 2.ある 体温()℃ 3.ゾクゾク寒気がする	1.いつ頃からですか? 2.今でも続いているか? (はい ・ いいえ)
かゆみ	1.なし 2.少しかゆい 3.とてもかゆい 4.昼ひどい 5.夜ひどい 6.いつもひどくかゆい 7.かきむしる 8.かぶれている	1.いつ頃からですか? 2.今でも続いているか? (はい ・ いいえ)
分泌物 (肛門がじくじくぬれる)	1.なし 2.粘液のような 3.膿(うみ)のような 4.粘液と血がまじる 5.血や膿や粘液がまじる 6.わからないが出る	1.いつ頃からですか? 2.今でも続いているか? (はい ・ いいえ)
	1.肛門の中から 2.肛門の周りから 3.下着がよごれる	
	()日 ()回 排便時間()分位かかる	
便通	1.ふつう 2.硬い 3.やわらかい 4.便秘 5.下痢 6.便秘と下痢をくりかえす	1.いつ頃からですか? 2.今でも続いているか? (はい ・ いいえ)
	1.細くなった 2.コロコロ便	
	1.便がいつも残っている感じがする 2.排便してもすぐまた出たくなる 3.肛門が狭い感じがする	
	1.使用していない 2.使用している薬のなまえ() 3.下剤を使用しても出にくい 4.浣腸している (毎日又は週()回使用している)	
	1.使用していない 2.使用している薬のなまえ() 3.下剤を使用しても出にくい 4.浣腸している (毎日又は週()回使用している)	

※ 治療費のご質問につきましては、受付にてお気軽にお尋ね下さい。