

## 大腸肛門外科・外科・消化器内科 問診票

記入日: 20 年 月 日

フリガナ		男	生年月日	西暦	年	月	日	歳
氏名		女						
職業		身長cm		体重kg				分院歴
【女性の方のみお答えください】								<input type="checkbox"/> 東葛辻仲病院 <input type="checkbox"/> アルト新橋クリニック <input type="checkbox"/> 辻仲柏クリニック <input type="checkbox"/> つくばクリニック
現在妊娠していますか		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(現在妊娠		ヵ月)			
現在授乳中ですか		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい					

## 1. どのような症状で来院されましたか？

- 腹痛     下痢     お腹のはり     胃痛     食欲不振     胃もたれ     胸やけ  
 吐き気     嘔吐     背部痛     頭痛     めまい     発熱  
 胸痛     動悸     息切れ     ふらつき     その他( )

・肛門の症状がありますか？ [ なし ・ あり ]

- 痛み     腫れ     脱出     膿が出る     かゆみ     便がもれる     その他( )

・肛門から出血がありますか？ [ なし ・ あり ]

- 排便時ティッシュに血が付く     排便時血がポタポタと垂れる ( 多い ・ 少ない )  
 便の表面に血が付いている     便の中に血がまざる     便潜血陽性

・上記の症状が始まったのは、いつからですか？

[ ]

・便秘がありますか？ [ なし ・ あり ]

- 何日も便が出ない     今現在、肛門近くに便があるが出ない     いつも残便感がある  
排便回数 : \_\_\_\_日間に\_\_\_\_回    便の性状 :  硬い     普通     軟らかい     水様  
排便時間 : \_\_\_\_分    下剤使用 :  使用なし     \_\_\_\_日間に1回     毎日

## 2. 現在治療中、今までかかった病気はありますか？ [ なし ・ あり ]

- 高血圧     糖尿病     高脂血症     心臓病 ( 不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全 )     前立腺肥大  
 脳梗塞・脳出血     緑内障     肝臓病 ( \_\_\_\_型肝炎 )     腎臓病     喘息     精神疾患  
 がん (                      癌 )     その他 [                      ]

・通院中の医療機関名 [                      ]

・今までに手術を受けたことがありますか？ [ なし ・ あり ]

- 手術名:                      / 時期 [                      ]    治療医院 [                      ]  
手術名:                      / 時期 [                      ]    治療医院 [                      ]

## 3. この1年間で特定健診・高齢者健診を受けましたか？ [ なし ・ あり ]

受診時期 [                      ]    指摘事項 [                      ]

## 4. 現在服用中のお薬はありますか？ [ なし ・ あり ]

血液がさらさらになるお薬を服用 [ なし ・ あり ]    ↓ 現在服用している薬をお書きください  
お薬手帳の持参 [ なし ・ あり ]

## 5. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？ [ なし ・ あり ]

- お薬 [                      ]     金属     ゴム     アルコール消毒  
 食べ物 [                      ]     その他 [                      ]

## 6. 嗜好品についてお答えください

タバコ :  吸わない     過去に吸っていた [ 1日                      本                      歳まで ]     吸う ( 1日                      本 )  
飲酒 :  飲まない     機会飲酒     飲む ( 1日量:                      )

## 7. 1ヶ月以内の海外渡航歴はありますか？ [ なし ・ あり ]

いつ [                      ]    場所 [                      ]

## 8. 新型コロナウイルス感染症にかかった事がありますか？ [ なし ・ あり ]

いつ [                      ]