

肛門疾患問診票

令和 年 月 日

フリガナ				大・昭・平・令
患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日	
住所	〒			
電話番号	携帯	自宅		
緊急時に当院から連絡させていただくご本人様以外のお電話番号(ご家族など)				
電話		続柄		

職業() 体温 °C 身長 cm 体重 kg
 喫煙 吸わない 吸う 本/日 辛い食べ物 好き 嫌い 普通
 飲酒 飲まない 飲む 1日の飲酒量 ビール・日本酒・その他() ml・合

あてはまる項目に○印をつけ、質問にできるだけお答えください。

今回一番気になっている(当院で診てほしい)症状は？ 〔 〕			
出血	ない・ある	いつから	()
		どれくらい	紙に付く程度、下着が汚れる程度、ポタポタ以上
		色	鮮血、赤黒い、その他()
		どんな時	便の前、便にまじっている、便に付いてる、便の後、便とは関係ない
脱出	ない・ある	いつから	()
		どれくらい	全周、半分、一部
		どんな時	排便時、しゃがんだ時、歩くとき、いつも
		戻り具合	自然に戻る、指で戻す、肛門を拭く時戻す、戻らない
痛み	ない・ある	いつから	()
		どんな時	排便時、排便後、いつも、長く座った時、体を動かした時
		部位	右、左、前、後、肛門部、肛門の周り、肛門の奥
		どのくらい	軽い、重苦しい、鈍い、ズキズキ激しい、痛がゆい
腫れ	ない・ある	いつから	()
		どの辺り	全周、一部、その他()
かゆみ	ない・ある	いつから	()
		程度	少し、ひどい
しこり	ない・ある	いつから	()
		部位	右、左、前、後、肛門部、肛門の周り、肛門の奥
熱感	ない・ある	いつから	()
分泌物	ない・ある	いつから	()
		どんな物	膿、粘液、粘血、血腫
		どこから	肛門の中、肛門の外、その他()
排便について		回数：	日に_____回
		性状：	軟便、普通、硬い、下痢便

裏面もご記入下さい

排便時間	3分位、5分位、10分位、15分位、20分以上
便通状態	普通、便秘気味、下痢気味、便秘と下痢が交互残ってる感じがする、肛門が狭い感じがする、いつも出たい感じがする
便もれ	ない・ある：いつから()
座り仕事ですか？	いいえ・はい：1日_____時間位
お薬、食べ物のアレルギーはありますか？	ない・ある：() パイナップルアレルギーはありますか？ ない・ある
大腸検査を受けたことは？ ある ない ↓ 異常は？ (有・無)	ない・ある→いつ頃？ () 1、大腸内視鏡 2、注腸バリウム(レントゲン) 3、便潜血(検便) 陽性・陰性 病名
これまで当院又はみと肛門クリニックに受診したことはありますか？	ない・ある (川崎病院・みと肛門クリニック) その際に手術されましたか？ いいえ・はい
現在治療している病気又は過去に治療していた病気はありますか？	ない・ある(心臓病・高血圧症・脂質異常症・糖尿病・前立腺肥大症 喘息・緑内障・その他())
現在服薬中のお薬はありますか？	ない・ある(薬品名) ※お薬手帳を受付へご提示ください
過去に手術を受けたことはありますか？	ない ある:()
今回の受診にあたり心配なことは？	痔核・大腸がん・痔核と大腸がん両方
家族の中で大腸、肛門の悪い人はいますか？	いない・いる (父・母・兄弟・姉妹・祖父・祖母) (病名)
希望される治療は？	手術を希望・薬で治療
希望される検査は？	胃カメラ・大腸カメラ・血液検査・その他の検査()
マイナ保険証による情報取得に同意しますか？	いいえ・はい 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします
当院を受診したきっかけは何ですか？(複数回答可)	人づてに・看板・ホームページ・講演会・雑誌
※女性の方のみお答えください。 妊娠中ですか？ 授乳中ですか？ 月経について 閉経について	はい・いいえ・不明 はい・いいえ 順調・不順 最終月経(月 日～ 月 日) () 才 妊娠の可能性がある場合は必ず診察時に申し出てください
以下の項目に同意しない場合のみチェックをお願いします	
今後の診療情報を医療者同士の経験を共有し、医療の更なる進歩に役立てるため、個人を特定できないよう十分配慮した上で学会報告として学会で発表することがあります 同意できない場合は□にチェックを記入してください □ 同意できません	
当院では疾患の状態を経過的に見ていくため、患部の写真撮影をする場合があります 撮影の際にはプライバシーの保護に努めて、上記目的以外には使用しません 同意できない場合は□にチェックを記入してください □ 同意できません	