

# 問 診 票

No. \_\_\_\_\_ 年 月 日

フリガナ		年 齢	性 別	生年月日	年 月 日生
氏 名	殿	歳	男 ・ 女	配 偶 者	有 ・ 無
				職 業	
現住所	(〒 - )				
	TEL (自宅) - - TEL (携帯) - -				

より適格な診断と治療が受けられるよう、下記の事柄について記入下さい。

## [ 受 診 理 由 ]

当クリニックを受診された理由（症状）は何ですか？

症状のある方は、それはいつからですか？ ( 頃から)

## [ 既 住 歴 ]

今までに病気や手術をしたことがありますか？

1. ない 2. ある ( 年 月頃 )

病 名

## [ 現 病 歴 ]

現在治療中の病気はありますか？また、現在常用されている薬（市販薬を含む）はありますか？

1. ない 2. ある 病 名

使っている薬

( いつから 年 月頃から )

## [ 家 族 ]

血縁の方でガンになった方がありますか？

1. ない 2. ある \_\_\_\_\_ ガン

## [ アレルギー ]

アレルギーはありますか？

1. ない 2. ある \_\_\_\_\_

## [ 生 活 ]

現在の

・ アルコール類（ビール・焼酎・ウイスキー・日本酒・ワイン）

量は 1日 \_\_\_\_\_ ( 毎日・時々 )

・ 喫煙 1日 \_\_\_\_\_ 本

・ 最近、海外へ行かれた所はありますか？

・ いつ 年 月頃

・ どちらへ \_\_\_\_\_

・ 医師に使用を禁止されている薬がありますか？

1. ない 2. ある \_\_\_\_\_

・ 今までに麻酔で異常があった事がありますか？

1. ない 2. ある \_\_\_\_\_

・ 出血しやすい体質、血が止まりにくい体質、青あざがでしやすい、などがありますか？

1. ない 2. ある

## [ 女性の方へ ]

妊娠の可能性はありますか？

授乳中ですか？

1. ない 2. ある

1. はい 2. いいえ

※ 胃腸科、肛門科受診の方は、2枚目のQ 1 にご記入下さい。

肛門科受診の方は、2枚目のQ 2 にご記入下さい。

Q1. 胃腸科、肛門科受診の方におたずねします。

- ・腹痛  
1. ない 2. ある（いつから ）
- ・大腸検査を受けた事がありますか？  
1. いいえ 2. ある（いつ頃 年 月頃 ）  
内視鏡（カメラ） ・ レントゲン（注腸バリウム） ・ 便潜血
- ・胃の検査を受けた事がありますか？  
1. いいえ 2. ある（いつ頃 年 月頃 ）  
内視鏡（カメラ） ・ レントゲン（バリウム） ・ 他（ ）
- ・ピロリ菌の検査をしたことがありますか？  
1. いいえ 2. ある 3. 除菌した（ 年前頃 ）
- ・下血（肛門からの出血）はありますか？  
1. ない 2. ある（いつから ）  
・いつ 1.排便時 2.排便時以外も  
・程度 1.紙につく 2.ポタポタ落ちる 3.走り出る 4.血の固まりが出る  
・どの様な 1.まっ赤な色 2.黒っぽい色 3.粘膜と血が流れ出る 4.便に血がつく
- ・普段の便はいかがですか？  
・回数            日            回  
・便の性状 1. 普通便 2. 軟便 3. 硬い便 4. 細い便  
・排便状態 1. 普通 2. 下痢気味 3. 便秘気味 4. 下痢便秘の繰り返し  
・ふだん下剤を使っていますか？ 1. ない 2. ある（薬品名 ）
- ・以下の病気はありますか？  
・喘息 1. ない 2. ある  
・緑内障 1. ない 2. ある  
・前立腺肥大（男性のみ） 1. ない 2. ある
- ・身長（ ） cm ・体重（ ） kg

Q2. 肛門科受診の方におたずねします

- ・ (肛門の)痛みはありますか？
  - 1. ない      2. ある (いつから \_\_\_\_\_ )
  - ・ いつ      1. 排便の時      2. 排便の後      3. 排便と関係なし
  - ・ 程度      1. 軽い      2. 重苦しい      3. ひりひりと
  - 4. ズズズキと激しい      5. 他 ( \_\_\_\_\_ )
- ・ 排便の時、肛門が出っ張りますか？
  - 1. ない      2. ある (いつから \_\_\_\_\_ )
  - 1. 排便時だけ      2. シャガんだ時      3. 歩いた時      4. いつも
  - ・ もどりが具合
    - 1. 自然にもどる      2. 指でもどる      3. もどらない
- ・ 肛門のはれがありますか？
  - 1. ない      2. ある (いつから \_\_\_\_\_ )
- ・ 普段の便はいかがですか？
  - ・ 排便所要時間 \_\_\_\_\_ 分ぐらい
  - ・ 残便感      1. ない      2. ある
- ・ 以前肛門の病気になったことがありますか？
  - 1. ない      2. ある
  - ・ 病名は ( \_\_\_\_\_ )
  - ・ いつごろ ( \_\_\_\_\_ )