

# ＜問診票＞

年 月 日

フリガナ										
お名前				男・女	生年月日	T・S・H	年	月	日 歳	
住所	〒									
電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-	職業			

■ お困りの症状はなんですか？

出血 ・ 痛み ・ 腫れ ・ 切れている ・ 脱肛  
かゆみ ・ 膿が出る ・ その他

・いつからですか？ ( )

・他院を受診された方は病院名を教えてください( )

■ お通じの状況についてお答えください

・排便回数： 回 / 日 排便の所要時間： 分

・便の状態： 下痢 ・ 軟らかい ・ 普通 ・ 硬い

■ 過去に肛門の手術を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ

手術内容( )

■ 大腸内視鏡検査を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ

・いつごろですか？ ( 年 月頃 )

■ 大腸内視鏡検査を希望されますか？ はい ・ いいえ ・ 相談したい

※「はい」か「相談したい」とお答えの方は、2枚目の〈内視鏡問診票〉もご記入ください。

■ 過去または現在治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ

病名( )

■ 現在内服しているお薬はありますか？ はい ・ いいえ

お薬の名前( )

※お薬手帳をお持ちでしたら受付にご提示ください

■ お薬のアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

お薬の名前( )

■ 女性の方に質問です。

・妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ

・授乳中ですか？ はい ・ いいえ

■ 当院へは何をご覧になってお越しになりましたか？

＜ Google ・ Yahoo ・ ドクターズファイル ・ 品川区ドクターズ ・ その他 ＞  
看板を見て ・ 通りがかり ・ ご紹介( )様