

# < 問診票 >

年 月 日

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

## ■ 困っている症状を教えてください

出血 ・ 痛み ・ 切れている ・ かゆみ ・ 膿が出る

ふくらみがある（常に・排便時）・その他（

いつからですか？（

他院を受診されましたか？ 病院名（

診断名（

## ■ 排便状況についてお答えください

排便回数（）回／（）日 所要時間（）分

便の状態： 下痢 ・ 軟らかい ・ 普通 ・ 硬い

## ■ 肛門科手術を受けた事がありますか？（）年（）月頃

はい ・ いいえ（

## ■ 大腸カメラを受けた事がありますか？（）年（）月頃

はい ・ いいえ 結果（

## ■ 大腸カメラを希望されますか？

はい ・ いいえ ・ 相談したい

\* 「はい」、「相談したい」とお答えの方は  
〈内視鏡問診票〉もご記入ください

## ■ 治療中の病気はありますか？（

はい ・ いいえ

## ■ 内服しているお薬はありますか？

はい ・ いいえ（

\* お薬手帳をお持ちの方は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

## ■ 女性に質問です

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  
ご紹介（）様 ・ 通りがかり

