

問診票

年 月 日

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

本日はどうされましたか？

- ☐ 出血する ☐ 痛い ☐ 腫れ・膨らみがある
☐ イボが出てくる ☐ かゆい ☐ 膿が出る
☐ その他

どのようなときに症状がありますか

常に ・ 排便時 ・ 安静時

いつからですか？ ()

今回の症状で、他院を受診されましたか？

はい ・ いいえ

病院名 ()

診断名 ()

排便について

排便の頻度 _____日に _____回

排便時間 _____分

便の状態 : 下痢 ・ 軟らかい ・ 普通 ・ 硬い

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

ご紹介者がいらっしゃいましたら教えてください

() 様

手術・検査について

肛門科手術を受けた事がありますか？

はい ・ いいえ _____年 _____月頃

診断 ()

大腸内視鏡検査を受けた事がありますか？

はい ・ いいえ _____年 _____月頃

診断 ()

内視鏡検査を希望されますか？

はい ・ いいえ ・ 相談したい

ご希望の方は【内視鏡問診票】もご記入ください

既往症について教えてください

治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ

()

薬剤・食物アレルギーはありますか はい ・ いいえ

()

手術を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ

()

内服中のお薬はありますか？

はい ・ いいえ

*お薬手帳をお持ちの方はご提出ください