

はじめてのかたに

年 月 日

フリガナ		男 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	配偶者
氏名						
住所	〒 -			職業		
携帯電話			自宅電話			

【身長： _____ cm ・ 体重： _____ kg】

【次の質問にあてはまる番号に○を付けてください。()にも記入ください。】

1. いつから：今日から・() 日前から・() ヶ月前から ◆症状のある部位に○印をつけてください
 症状：()

2. 健診でいずれかの二次検診が必要と言われましたか

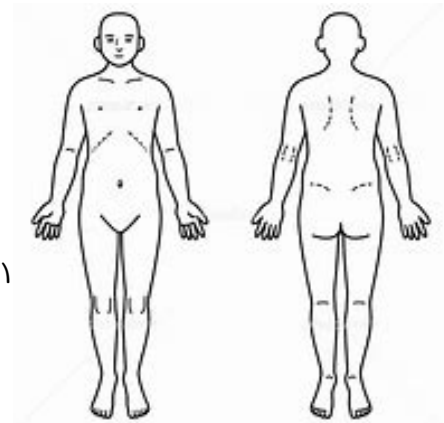
① 胃 ② 大腸(便潜血陽性) ③いいえ

3. 希望事項：①胃カメラ ②大腸カメラ ③その他()

4. 現在、他の医院・病院にかかっていますか

①かかっている ②かかっていない

(病名： _____ ・ 病院名： _____)



5. 現在、服用中の薬または、常用薬がありますか

①ある (薬の名前： _____) ②ない

6. 今までに次のような病気や、腹部の手術をした事がありますか ある方はご記入ください

①ある 糖尿病・脳梗塞・高血圧・心臓病(ペースメーカー)・心筋梗塞・ぜんそく・肝臓病
 ・胃十二指腸潰瘍・前立腺肥大・その他()

②手術 ()

7. 今までに次のような検査をした事がありますか

①胃のバリウム ②胃カメラ ③便潜血検査 ④注腸(腸のバリウム) ⑤大腸カメラ

8. 今までに薬や注射、食べ物などでアレルギー(気分が悪くなったり)がでたことがありますか

①ある () ②ない

9. タバコは吸いますか 7. アルコールはのみますか

①はい ②いいえ ①はい ②いいえ

10. 来院のきっかけ：①医師の紹介 ②インターネット ③看板 ④知人の紹介 ⑤その他

11. 女性の方へ：現在妊娠はされていますか ①はい() ヶ月 ②いいえ ③授乳中

肛門科問診票

1. いつからどんな症状がありますか

あてはまる()に○をつけてください。いつ頃からの症状かご記入ください。

	【症状】		【いつから】
①	痛み ()	()	()
②	出血 ()	()	()
③	脱出 いぼ ()	()	()
④	はれ ()	()	()
⑤	かゆみ ()	()	()
⑥	その他 (_____)	()	()

2. 以前に肛門の病気・手術をしたことがありますか

- ① ある (いぼ痔 ・ きれ痔 ・ 痔ろう ・ 膿をだした) ② ない
“ある”と答えた方へ、手術をしたのはいつ頃ですか？ (年 月頃)

3. 排便状態を教えてください

- ① 排便回数 … () 日に () 回
② 排便時間 … 約 () 分
③ 便の状態 … 硬い () 普通 () やわらかい ()

- ④
- | | | 【いつから】 |
|----------------|-----|--------|
| 便秘 () | () | () |
| 下痢 () | () | () |
| 便秘と下痢を繰り返す () | () | () |

※女性の方へ

現在妊娠はされていますか

- ①はい () ヶ月 ②いいえ ③授乳中