

令和 年 月 日

肛門・大腸疾患問診票

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日	男・女	未婚・既婚	職業
住所 〒 -	自宅 _____ - _____ 携帯 _____ - _____			
肛門の痛みがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	いつも痛む 排便後に痛む(	ときどき痛む 時間 分くらい)	排便の時に痛む 以前痛かった	
出血がありますか？ (便潜血反応も含みます) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	鮮血(真っ赤) 紙につく程度の少量 便潜血反応が陽性に出た	黒褐色(どす黒い) ポタポタ落ちる	粘血便 大量に出る	
肛門の状態に異常は ありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	いぼのようなものが出る(出ている) 自然におさまる 指で押さなければ入らない 指で押しても入らない 歩いたり重いものを持つと出てくる 肛門のまわりがただれている 下着が汚れる 肛門周囲がはれている 肛門周囲にしこりがある 肛門周囲の孔(あな)から分泌物が出る			
肛門のかゆみや不快感は ありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	かゆい 痛がゆい ムズムズする ヒリヒリする 違和感がある			
以前に肛門の病気をしたことは ありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	いぼ痔 脱肛 きれ痔 痔ろう 肛門周囲膿瘍 その他( ) いつ頃ですか？ _____年 _____月頃 ( _____才頃) その時は治りましたか？ 治った 治らない どんな治療をしましたか？ 売薬 医師からの投薬 注射 その他 そのまま何もしなかった 手術をした( _____ 都府県 _____ 病院)			
便通の異常はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	便秘 下痢 便秘と下痢をくりかえす 便が細い 残便感(大便が残っている感じ)がある 粘液が出る 粘血便が出る			
腹痛はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	いつも ときどき 排便時に痛む はげしく痛む 腹がはる 部位( 下腹部 右側 左側 全体的 )			
大腸検査を受けたことは ありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	大腸内視鏡 注腸バリウム(レントゲン) 便潜血反応 _____年 _____月頃			
現在、治療している病気は ありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 精神疾患 脳血管疾患 呼吸器疾患 血液疾患 膠原病 潰瘍性大腸炎 クロウン病 過敏性大腸症候群 性病 大腸ポリープ その他( ) もらっている薬品名( ) いつから治療を受けていますか( _____ 年 _____ 月頃から)			
以前にかかった大きな病気は ありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	病名( ) _____年 _____月頃 手術( ) _____年 _____月頃 ( _____ 都府県 _____ 病院)			
薬・麻酔・食べ物などの アレルギーや禁止されている ものはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	薬品名( ) 食べ物( )			
最近1年間の体重の変化はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	増加 _____ Kg	減少 _____ Kg		
妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	妊娠	か月		
その他何かありましたら 記載して下さい				

**【初診時間診表】**

○本日マイナンバーカードを利用している はい ・ いいえ  
はいの方は、以下のご記入はございません

○いいえの方は、以下のご記入をお願いいたします

① 現在、他の医療機関に通院している はい ・ いいえ  
(はいの場合)

医療機関名： \_\_\_\_\_

最近の受診日： \_\_\_\_\_

治療内容： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

② この1年間で健診を受診した はい ・ いいえ

- \* 現在、他院から処方されている薬がある方は、お薬手帳を受付窓口にご提出ください。  
お薬手帳のご持参がない方は、診察時に現在内服されているお薬を医師にお伝えください。
- \* 当院は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナンバー保険証のご利用にご協力をお願いいたします。
- \* 過去に当院を受診されていた方でも、久しぶりの受診や、新たな疾患で受診された場合は  
初診料を算定する場合がございます。