

# おしりの問診票

以下は診察に必要な事柄ですので、ご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみに使用します。

患者ID \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな		男 女	大・昭・平	年	月	日生
お名前	様					
ご住所	〒		自宅電話			
			携帯電話			

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ 度

## ① 本日はどのような症状で来院されましたか？

- 痛み  無  有 (1.排便時 2.いつも 3.時々 4.排便後)
- 出血  無  有 (1.紙につく 2.ポタポタ出る 3.走り出る 4.血の塊が出る)
- かゆみ  無  有 (1.排便時 2.いつも 3.時々 4.夜間 5.排便後)
- 脱出  無  有 (1.排便時 2.しゃがんだ時 3.力を入れた時 4.いつも)
- 腫れ  無  有 (1.全周 2.一部)
- 分泌物  無  有 (1.粘液 2.膿 3.粘血液 4.下着が汚れる) (a.時々 b.いつも)
- 腹痛  無  有
- 便の性状 (1.正常 2.硬い 3.柔らかい 4.細い) 回数 (日・週に \_\_\_\_\_ 回)
- 排便状態 (1.普通便 2.下痢気味 3.便秘気味 4.下痢と便秘を繰り返す)

## ② お薬や食べ物でじんましんなどのアレルギーが出たことがありますか？

いいえ

はい <薬剤名> \_\_\_\_\_ <食品名> \_\_\_\_\_

## ③ 現在、飲んでいるお薬はありますか？

いいえ

はい <薬剤名> \_\_\_\_\_ <病院名> \_\_\_\_\_

## ④ 今までに肛門の手術を受けたことがありますか？

ない

ある \_\_\_\_\_ <病院名> \_\_\_\_\_

## ⑤ 女性の方に質問です。 現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか？

いいえ

はい ( \_\_\_\_\_ 週) \_\_\_\_\_ わからない

## ⑥ 当院を何でお知りになりましたか？

ご近所 広告 インターネット ご紹介 その他( \_\_\_\_\_ )