

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 _____

平成 年 月 日

ふりがな		男	大・昭・平	年	月	日生
お名前	様	女				歳
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
- 便の症状 (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()

ご記入ありがとうございました。ご記入いただいた内容は秘密を厳守いたします。

はやたクリニック