

# 肛門疾患問診表

ふりがな		男・女	ご職業		出産歴
お名前			生年月日	大平・昭令 年 月 日 ( 歳)	有・無
住所	〒		電話番号		お子様 ( 名)

いいえ・はい のどちらかに○をしてください。「はい」の場合はその右の質問に答えてください。

A. 痛みがありますか？ いいえ ・ はい	いつ頃から、どのような時に痛みますか？ ( )	
B. 出血がありますか？ いいえ ・ はい	いつ頃から、どのような時に出血しますか？ ( )	
C. 脱出がありますか？ いいえ ・ はい	脱出の状態は下記のどれに近いですか？ (イ) 自然に治る (ロ) 指で押さえなければ入らない (ハ) 飛び出して元に戻らない (ニ) 歩いたり、重いものを持つと出る (ホ) その他 ( )	
D. A~C以外に肛門で気になる症状はありますか？ いいえ ・ はい	具体的に症状を記載してください。 ( )	
E. 肛門の手術をしたことがありますか？ いいえ ・ はい	いつ頃しましたか？ ( )	どのような手術をしましたか？ ( )
F. 肛門以外の手術をしたことがありますか？ いいえ ・ はい	いつ頃、どのような手術をしましたか？ ( )	
G. 今までにかかった、またはかかっている病気はありますか？ いいえ ・ はい	高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 脳卒中 狭心症/心筋梗塞 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障 その他 ( )	
	治療されていますか？ (している ・ していない)	
H. 現在飲まれているお薬はありますか？ いいえ ・ はい	( ) ※お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください。	
I. お薬や食物で、アレルギーが出た事がありますか？ いいえ ・ はい	どのようなものですか？ ( )	
J. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？	いいえ ・ はい	
K. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ (該当する項目全てに○をしてください)	近所に在住 (通勤・通学路)      ホームページ      広告      知人の紹介 他の医療機関からの紹介      その他 ( )	