

診察申込書

20 年 月 日

No.

診療種目	○で囲んでください			肛門科	胃腸科	内科
フリガナ						男 ・ 女
氏 名						
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日生	才	
住 所	〒 —					
電 話	自宅 ()		携帯 ()			
勤務先	TEL ()					

※お願い 来院の動機について次の中より選び○印をつけてお教えてください

ホームページ(クリニック・ひまわり・その他< >)/ 医師からの紹介 / 雑誌

電話帳 / 知人からの紹介 / 当院患者の家族 / 看板 / その他()



草間かほる
クリニック
KUSAMA Kahoru Clinic
03-5730-1926

問 診 票

20 年 月 日

No.

フリガナ 氏名	様	男・女	大・昭・平 年 月 日生	才
------------	---	-----	-----------------	---

- ①受診の前に 身長 _____ cm 体重 _____ kg
- ②既往歴 これまであるいは現在以下の病気にかかっている方は○印をつけてください。
 心疾患 ・ 高血圧 ・ 脳神経疾患 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 肝、腎臓疾患
 喘息 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ その他持病のある方()
- ③現在服用・使用中のお薬はありますか？(抗凝固剤を含む)
 なし・あり (薬剤名)
- ④今まで大きな手術を受けたことがありますか？ (出産・帝王切開などを含む)
 なし・あり (手術名)
- ⑤今まで以下のような感染症と診断されたことがありますか？
 いいえ・はい (B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV(AIDS))
- ⑥アレルギーはありますか？
 なし・あり (食べ物 ・ 薬 ・ 花粉症)
 (具体的に…)
- ⑦今まで麻酔による副作用は何かありましたか？(歯科治療などを含む)
 なし・あり (症状は?)
- ⑧薬を飲んだり、注射・点滴をした後で気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？
 なし・あり (薬剤名)
- ⑨煙草は吸いますか？ また、お酒は飲みますか？
 いいえ・はい
 * “はい”に○をした方はお答えください。
 ・ 煙 草 (1日 本くらい) ・ お 酒 (1日の量)
- ⑩ご家族の中にガンの方はいらっしゃいますか？ 病名とその方との続柄を教えてください。
 いない・いる (病名 ・ 続柄) (病名 ・ 続柄)
- ⑪女性の方にお聞きます。 ※必ずご記入ください。
 * 出産回数 なし・あり (回) * 授乳中 なし・あり (生後 ヶ月)
 * 妊娠中 なし・あり (ヶ月) * 妊娠の可能性ある なし・あり
- ⑫本日来院された症状は何ですか？ (かぜ・胃・大腸・肛門の症状など)

<p>A.痛みがありますか？ いいえ・はい</p>	<p>(1) いつも痛む (2) ときどき痛む (3) 排便時に痛む (4) 排便後に痛む</p> <p>⇒ *<u>痛み</u>はいつ頃からですか？ () 頃から)</p>
<p>B.出血がありますか？ いいえ・はい</p>	<p>(1) 時々出血する (2) 排便時必ず出血する (3) 排便の時以外にも出血する (4) 紙につく (5) ポタポタ落ちる (6) シャーっと走り出る (7) 血の固まりが出る (8) 鮮血(真赤) (9) 黒褐色(どす黒い色)</p> <p>⇩ *<u>出血</u>はいつ頃からですか？ () 頃から)</p>
<p>C.かゆみがありますか？ いいえ・はい</p>	<p>(1) 少しかゆい (2) 時々かゆい (3) 非常にかゆい</p> <p>⇩ *<u>かゆみ</u>はいつ頃からですか？ () 頃から)</p>
<p>D.肛門の脱出がありますか？ いいえ・はい</p>	<p>(1) 自然にもどる (2) 指でもどす (3) もどらない</p> <p>⇩ *<u>脱出</u>はいつ頃からですか？ () 頃から)</p>
<p>E.肛門の腫れがありますか？ いいえ・はい</p>	<p>*<u>腫れ</u>はいつ頃からですか？ () 頃から *それはどんな症状ですか？ ()</p>
<p>F.肛門部の分泌物がありますか？ いいえ・はい</p>	<p>(1) 膿 (2) 粘液 (3) 血液</p> <p>⇩ *<u>それ</u>はいつ頃からですか？ () 頃から)</p>
<p>G.以前に肛門の病気をしたことがありますか？ いいえ・はい</p>	<p>いぼ痔(脱肛)・切れ痔・肛門周囲膿瘍・痔ろう (イ)いつ頃ですか _____ 年前 _____ 才頃 (ロ)そのときは治りましたか 治った・治らない (ハ)どんな治療をしましたか a. 売薬 b. 医師からの投薬 c. 注射 d. その他 e.そのままほおっておいた f. 手術をした病名 _____ (_____ 年 _____ 月頃)</p> <p>[病院名 _____ 都道府県 _____ 病院 _____]</p>
<p>H.排便習慣</p>	<p>回数 _____ 日 _____ 回 【いきむ時間】(1) 数分 (2) 5分くらい (3) 10分くらい (4) 10分以上 【便の状態】(1) ふつう (2) 便秘 (3) 下痢 (4) 下痢と便秘をくりかえす 【便の性状】(1) ふつう (2) かたい (3) やわらかい (4) 泥状 (5) 水様 【排便感覚】(1) ふつう (2) 便が残った感じがある (3) 出したい感じが常にある 【下剤の使用】(1) 使っていない (2) 使っている(薬剤名 _____)</p>
<p>I.腹痛がありますか？ いいえ・はい</p>	<p>【腹痛の程度】(1) 軽い (2) 重苦しい (3) キリキリ痛む (4) 張った感じがある 【腹痛の時期】(1) 排便後 (2) 食後 (3) 夜間 (4) いつも 【腹痛の場所】(1) 右下腹 (2) 左下腹 (3) 両下腹 (4) 右上腹 (5) 左上腹 (6) 臍周囲 (7) 腹部全体 (8) 場所が変わる</p>
<p>J.大腸検査を受けた事がありますか？ いいえ・はい</p>	<p>* 内視鏡検査 _____ 年 _____ 月頃 異常なし・あり * レントゲン _____ 年 _____ 月頃 異常なし・あり * 便潜血検査 _____ 年 _____ 月頃 異常なし・あり</p>