

初診問診票 肛門内科（ページ 1）

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
		大正・昭和 平成・令和 年 月 日
連絡先	〒	TEL : 携帯 :
被保険者との関係	本人・家族・その他（ ）	

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

■当院はどのようにしてお知りになりましたか？（インターネット・紹介・他_____）

<p>A. 痛みがありますか</p> <p>いいえ はい→</p>	<p>1. いつも痛む 2. 排便時だけ 3. 排便後 4. がまんできない</p> <p>5. ときどき痛む 6. 以前痛かった（いつ頃_____）</p> <p>●痛みはいつからですか？（_____）</p>
<p>B. 出血がありますか</p> <p>いいえ はい→</p>	<p>1. 時々出血する 2. 排便時かならず出血する 3. 排便時以外も出血</p> <p>4. 紙につく 5. ポタポタ落ちる 6. シャーっと走り出る</p> <p>7. 血のかたまりが出る 8. 鮮血（真赤） 9. 黒褐色（どす黒い色）</p>
<p>C. 不快感がありますか</p> <p>いいえ はい→</p>	<p>1. むずむずする 2. 排便後に重苦しい感じがする</p> <p>3. 肛門のまわりが気持ち悪い 4. 大便が残っている感じがする</p>
<p>D. かゆみがありますか</p> <p>いいえ はい→</p>	<p>1. 少しある 2. 非常にかゆい 3. 時々かゆくなる</p>
<p>E. 排便の状態に異常がありますか</p> <p>いいえ はい→</p>	<p>■排便回数 _____ 日に _____ 回</p> <p>■排便時間 _____ 分くらい</p> <p>1. 便秘ぎみ（_____ 頃から） 2. つねに便秘 3. 粘液便（_____ 頃から）</p> <p>4. 軟便（_____ 頃から） 5. 下痢ぎみ（_____ 頃から）</p> <p>6. 便が細い（_____ 頃から） 7. 便秘と下痢を繰り返す（_____ 頃から）</p> <p>8. 下剤を使っている（_____ 頃から） 下剤の名前（_____）</p>
<p>F. 肛門の状態に異常がありますか</p> <p>いいえ はい→</p>	<p>1. 排便時にいぼのようなものが出る</p> <p>そのときに（イ）自然におさまる （ロ）指で押さなければ戻らない</p> <p>（ハ）とび出して元に戻らない</p> <p>（ニ）歩いたり重いものを持つと出てくる</p> <p>2. 肛門のまわりがただれている感じ</p> <p>3. 下着が汚れる 4. 肛門から分泌物が出る</p> <p>5. 肛門のまわりに孔（あな）があり分泌物が出る</p>
<p>G. 妊娠していますか</p> <p>いいえ はい→ _____ 月現在 _____ ケ月</p>	
<p>H. 薬を飲んだり注射をした後、または牛乳、卵、かに、えび、魚などを食べて、気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか</p> <p>いいえ はい</p>	

初診問診票 肛門内科（ページ 2）

I. 最近 1 年間の体重に変化がありましたか		いいえ	はい→	増えた 減った	約 _____ kg
J. 以前に肛門の病気を したことがありますか	1. いぼ痔 2. きれ痔 3. 脱肛 4. 痔ろう 5. 肛門膿瘍 (イ) いつごろ _____ 年前 _____ 歳頃 (ロ) その時は治りましたか 治った ・ 治らなかった (ハ) どんな治療をしましたか I. 売薬 II. 医師からの投薬 III. 注射 IV. その他 V. そのままほうっておいた、治療は何もしなかった VI. 手術をした _____ 年 _____ 月頃	いいえ	はい→		
	K. 大腸検査を受けた ことがありますか	いいえ	はい→	■いつ頃 _____ 年 _____ 月頃 ■検査の種類 1. 内視鏡 2. レントゲン（注腸バリウム） 3. 便潜血	
L. 現在、他にかかって いる病気がありますか	いいえ	はい→	病名(_____) 使っている薬品名(_____) いつから治療を受けていますか(_____ 頃から)		
M. 以前に他の病気に なった事がありますか	いいえ	はい→	I. 高血圧 II. 糖尿病 III. 腎臓病 IV. 肝臓病 V. 心臓病 VI. 結核 VII. 性病 VIII. 貧血 IX. その他(_____) いつ頃(_____ 頃)		
N. 肛門以外の手術を したことがありますか	いいえ	はい→	手術名(_____) いつ頃(_____ 頃) 病院名(_____ 都府県 _____ 医・病院)		
O. いままで麻酔で異常があったことがありますか	いいえ	はい			
P. 出血しやすい体質、血が止まりにくい体質などと言われたことがありますか	いいえ	はい			
Q. 肉親の中で、癌（がん）になった方がいますか	いいえ	はい			
R. 医師から使用を禁止されている薬がありますか	いいえ	はい→	薬品名がわかれば記入(_____)		
S. その他の症状がありますか	いいえ	はい→	その症状(_____)		