

Proctology

こうもんないかもんしんひょう
肛門内科問診票

today's date / きよふのひびり
ねん がつ にち
yyyy 年 mm 月 dd 日

Check all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください。

Name 名まえ 名前		<input type="checkbox"/> Male 男 おとこ	<input type="checkbox"/> Female 女 おんな
DOB うまれたひ 生年月日	ねん 年 year 年	がつ 月 month 月	にち 日 day 日
Address じゅうしょ 住所			
Nationality こくせき 国籍			Language ことば 言語
Do you have health insurance? けんこうほけん 健康保険はありますか <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ			

■ Do you have pain? いたみがありますか

No いいえ Yes はい → only when you defecate はいべんじ
排便時のみ always いつも

■ Do you bleed? ちで
血が出ますか

No いいえ Yes はい → only when you defecate はいべんじ
排便時のみ always いつも

■ Do you have discomfort? ふかいかん
不快感がありますか

No いいえ Yes はい

■ Do you have itchiness? かゆみがありますか

No いいえ Yes はい

■ Do you have problem of the bowel movement? はいべんいじょう
排便に異常がありますか

No いいえ Yes はい → constipation べんぴ
便秘 diarrhea げり
下痢 others そのほか

■ Do you have problem with the anus? こうもん いじょう
肛門に異常がありますか

No いいえ
 Yes はい → hemorrhoids ぢ
痔 erosion ただれ secretion from the anus こうもん
ぶんびぶつ
肛門からの分泌物
 a hole near the anus こうもん
あな
肛門のまわりに穴 others そのほか

■ Do you have history of any diseases or conditions around colorectal and/or anus area ?

ちょう こうもん びょうれき
腸および/または肛門の病歴

No いいえ
 Yes はい → name of the disease/condition びょうめい
病名 (_____)
 When was it? いつ (_____)

■ Have you had a colonoscopy in the past? だいちょうないしきょうけんさう
大腸内視鏡検査を受けたことがありますか

No いいえ
 Yes はい → When was it? いつ (_____)

■ Do you have any diseases/conditions under treatment? ちりょうちゅう びょうきしょうじょう
治療中の病気や症状はありますか

No いいえ Yes はい → name of the disease/condition びょうめい
病名 (_____)
 hypertension こうけつあつ
高血圧 diabetes とうりょうびょう
糖尿病 heart しんぞう
心臓 kidney じんぞう
腎臓 liver かんぞう
肝臓
 others そのほか (_____)

Proctology こうもんないかもんしんひょう 肛門内科問診票

■ Are you taking any medicine? (If so, please allow us to make a photocopy of the list of the medications.) ふくようちゅう くすり 服用中の薬はありますか (薬のリストのコピーをとらせてください)

No いいえ

Yes はい → name of the medication くすり なまえ 薬の名前 (_____)

■ Are you allergic to any medications or food? くすり た もの 薬や食物のアレルギーはありますか

No いいえ

Yes はい → name of the medication/food くすり た もの 薬/食物の名前 (_____)

■ Are you...? あなたは

pregnant にんしんちゅう 妊娠中 breastfeeding じゅにゅうちゅう 授乳中 neither of them どちらでもない

■ Do you have family history of any diseases/conditions of colorectal and anal area?

ちょうこうもんびょうれき かぞく 腸や肛門の病歴のある家族はいますか

No いいえ Yes はい → name of the disease/condition 病名 (_____)

■ Please describe below if you want to tell us about your symptoms more in detail.

しょうじょう つた した か あなたの症状について伝えたいことがあれば、下を書いてください。