

肛門・大腸・胃 疾患質問表

年 月 日

ふりがな

氏名

生年月日 大・昭
平・令

年 月 日 (才) 男・女

(〒 -)

現住所

自宅

携帯

肛門

◎次に該当するものを ○印で囲んで記入して下さい。

痛み	ある・ない	程度	がまんできない。がまんできる。少し痛い。	◎ 本日受診するきっかけになった一番気になる症状はなんですか？ () ◎ その症状はいつごろからですか？ () ◎ きっかけになる様な事がありましたか？ 例)便秘・下痢・動作など ()
		性状	ズキズキはげしい。さすような。にぶい。間をおいて。つづいて。	
		時期	便をするとき。便をしたあと。いつでも。	
腫脹(はれ)	なある	全周。半周。一部。		◎ 始めて肛門が悪くなったのはいつ頃ですか？ ()
出血	ある・ない	程度	はしりてる。ポタポタたれる。紙につく。	
		性状	鮮紅色。黒色。便に混じっている。便のまわりについている。	
脱出 (イボが出る)	ある・ない	いつも出ている。 排便時に押さなければ入らない。 排便時に出て自然におさまる。 急に出て入らない。時々出る。		・肛門の手術を受けたことがあれば書いてください。 手術名 (病名) いつ頃 病院名
分泌物	なある	粘液。膿。粘血液。でない。ときどき。たえず。肛門の中から。肛門の外から。		
かゆみ	ある。 ない。			
便秘	便が肛門のそばで止まってしまう。いつも出たい感じがする。便が細い。便がもれる。下痢の時もれる。		・下剤 ○ 使っていない。 ○ 時々使っている。 ○ いつも使っている。 薬品名	
	性状	便秘。下痢。硬便。軟便。ふつうの便。		
	回数	日に 回、排便時間 分位		
発熱	ある °C位 ない			

・血のつながった人に肛門疾患を患った方はいますか？ いない・いる(祖父・祖母・父・母・兄弟)

◎次に該当するものを大きな ○印で囲んで下さい。

・便潜血検査(陽性) ・下血 ・便に血が付く ・粘液便 ・黒色便 ・残便感 ・便秘 ・下痢

・便秘と下痢を繰り返す ・嘔気 ・嘔吐 ・胃痛 ・胃部不快感

・血のつながった人に大腸及び直腸ガンを患った方はいますか？

いない・いる(祖父・祖母・父・母・兄弟)

・血のつながった人に胃及び食道ガンを患った方はいますか？

いない・いる(祖父・祖母・父・母・兄弟)

裏面もお書き下さい。 ➡

その他の質問

◎次の検査を受けた事がありますか？ある場合は、受けた時期を記入して下さい。

・大腸内視鏡 ない・ある	年	月頃	
・注腸バリウム ない・ある	年	月頃	
・胃内視鏡 ない・ある	年	月頃	
・胃バリウム ない・ある	年	月頃	

・(胃・大腸)ポリープを取ったことが ない・ある 年 月頃

◎次に該当するものを大きな ○印で囲んで下さい。 ※その他あれば記入してください。

今現在内服中の薬(無・有) 骨粗鬆症の薬を服用中 抗血小板薬を服用中

アレルギー(無・有) 金属: 食物: 薬:

心 疾 患 ペースメーカー 有・無 ぜ ん そ く 脳 疾 患 緑 内 障 胃 腸 疾 患 結 核 性 疾 患 肝 臓 病 尿 管 結 石 腸 閉 塞	クロ ー ン 病 潰 瘍 性 大 腸 炎 糖 尿 病 腎 臓 病 前 立 腺 肥 大 症 高 血 圧 心療内科受診歴(有・無) 排 尿 障 害 肝 炎 (B型・C型) その他
--	--

女性の方のみお答え下さい。

・現在妊娠中(ヶ月) ・授乳中 ・出産回数(回)
 ・ピル服用中 ・婦人科疾患 無・有()

生活状態	ス ト レ ス	— 少ない・多い	睡 眠	— 眠れる・眠れない
	食 欲	— ある・ない	食 事	— 主に和食・主に洋食
	お 酒	— 飲まない・飲む	肉 類	— 毎日食べる・時々食べる・ほとんど食べない
	煙 草	— 吸わない・吸う (1日__本)		
	仕 事	— 立ちどうし・座りつきり (職種 _____)		

身長 _____ cm	最近の体重、増えた _____ kg	未 婚
体重 _____ kg	変わらない 減った _____ kg	既 婚

(・診察・治療上の希望などありましたらご記入ください。)

当医院をどんな方法でお知りになりましたでしょうか？

・インターネット ・電話帳広告等 ・知人の紹介 (御氏名 _____)

・病院・医師()の紹介 ・その他 ()

書き終わりましたら受付に提出して下さい。