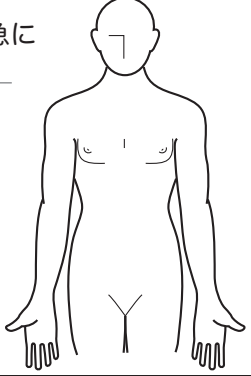


内科・消化器疾患質問表

平成 年 月 日

ふりがな 氏名	殿	才	男 女	職業	配偶者 有 無	出産歴 お子様	有・無 名
現住所 〒 _____ - _____							
TEL - -							

受診された目的は何ですか？	1. 症状がある 2. 胃内視鏡検査 3. 大腸内視鏡検査 4. 超音波(エコー)検査 5. 健診結果で再検査 6. 他の医療機関からの紹介 7. その他		
症状がある方はいつ頃からですか？	1. 一週間以上前から 2. 一週間以内 3. 昨日から 4. 本日急に		
症状を具体的に お書き下さい	どこが(症状がある箇所に○をつけて下さい) どのように		
大きな病気をしたことはありますか？ はい ・ いいえ	病名 手術をしたことはありますか？ ある ・ ない		
今、治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ	病名 服用している薬		
今までに薬や注射でアレルギーが出たことはありますか？ はい ・ いいえ	どのような薬・注射ですか？ いつごろ・どのような症状ですか？		
お酒は飲みますか？ はい ・ いいえ	何を 週 日程度 ml / 日 ・ 合 / 日		
タバコは吸いますか？ はい ・ いいえ	1日 本 年間		
(女性の方のみ) 妊娠されていますか？ はい ・ いいえ	可能性あり 妊娠 週		
身長	cm	体重	kg この3か月で 増えた 減った kg
当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ 知人からの紹介 ホームページ 看板 電話帳 その他			
ご質問や不安な点がございましたら、ご自由にお書き下さい			

大腸肛門疾患質問表

平成 年 月 日

ふりがな 氏名	殿	才	男 女	職業	配偶者 有 無	出産歴 お子様	有・無 名
現住所 〒 _____ - _____							
TEL _____ - _____							

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	1. いつも痛む 2. 排便時だけ 3. 排便後に痛む 4. がまんできない 5. ときどき痛む 6. 以前痛かった (年前ごろ) いつから (日前) どんな時 (いつも、排便時のみ、その他 ())
B. 出血がありますか いいえ ・ はい	1. 時々出血がある 2. 排便時必ず出血する 3. 排便時以外にも出血がある 4. 紙につく 5. ポタポタと落ちる 6. シャーッと勢いよく出る 7. 血のかたまりが出る いつから (日前) 出血の色 (鮮血 (真っ赤)、黒褐色 (どす黒い色))
C. 不快感がありますか いいえ ・ はい	1. むずむずする 2. 排便後に重苦しい感じがする 3. 肛門のまわりが気持ち悪い 4. 大便が残っているような感じがある いつから (日前)
D. かゆみはありますか いいえ ・ はい	1. 少しある 2. 非常にかゆい 3. 時々かゆくなる いつから (日前)
E. 便通の異常が ありますか いいえ ・ はい	1. 便秘気味 (頃から) 2. 常に便秘 3. 粘液便 (頃から) 4. 軟便 (頃から) 5. 下痢気味 (頃から) 6. 排便回数 日 回 7. 便が細い (頃から) 8. 排便時間 分位 9. 便秘と下痢をくり返す (頃から) 10. 下剤を使っている場合 (頃から) わかればその薬品名 ()
F. 肛門の状態に 異常がありますか いいえ ・ はい	1. 排便時にいぼのようなものが出る その時に (イ) 自然におさまる (ロ) 指でおさなければ入らない (ハ) とび出して元に戻らない (ニ) 歩いたり重いものを持ったりすると出てくる 2. 肛門のまわりがただれているような感じ 3. 下着が汚れる 4. 肛門から分泌物が出る 5. 肛門の周りに孔 (あな) があり、分泌物が出る 6. 肛門のまわりがはれている
G. 妊娠していますか いいえ ・ はい	月現在 () 力月 現在授乳中ですか いいえ ・ はい
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、発疹がでたことがありますか	いいえ ・ はい

◎ 2枚目も必ず記入してください。

