

問 診 票

平成 年 月 日

※ ご記入後、健康保険証と一緒にご提示下さい

フリガナ		男	生 年	T・S・H	年	月	日	才
氏 名		女	月 日					
住 所	〒 — —							
電話 番号	— — — — —							

本日はどのような症状で来院されましたか

【 】

該当するものを○で囲んで下さい

外科・肛門科 問診

- 肛門の症状がある【 ある ・ なし 】
- ① 痛み ② 腫れ ③ 脱肛
④ 膿が出る ⑤ かゆみ ⑥ 便がもれる
⑦ その他 【 】
- 症状が始まった時期はいつからですか
【 】から
- その症状はどの様な時に出来ますか
【 】
- 以前に肛門の病気にかかった事がある
ない・ある ⇒【病名 】
- 以前に肛門の手術を受けた事がある
ない・ある ⇒【手術名 】
- 現在、薬を使用している
していない
使用している⇒【薬名 】

- 出血がありますか【 ある ・ なし 】
- 排便時ティッシュに血が付く
■ 排便時に血がポタポタと垂れる
【量： 多い ・ 少ない 】
- 便の表面に血が付いている
■ 便の中に血が混ざる

- 便秘がある 【 ある ・ なし 】
- 何日も便が出ない
■ 今現在、肛門近くに便があるが出ない
■ いつも残便感がある
- 排便回数 日間に 回
便の状態 : 硬い・普通・軟らかい・水様

内科 問診

- 熱がある 【 度】
- 胃が痛い ■ お腹が痛い ■ 食欲がない
- 咳が出る ■ 血圧が高い ■ めまい
- 頭痛 ■ 吐き気 ■ 健診再検査
- その他 【 】
- 現在、薬を服用していますか
服用していない
服用している⇒【薬名 】

- 今までに下記の病気にかかった事がありますか
- 喘息 ■ 心臓病 ■ 糖尿病 ■ 胃潰瘍
- 糖尿病 ■ 肺炎 ■ 肝臓病 ■ 脳梗塞
- その他 【 】

- 胃カメラ・大腸カメラの検査を受けた事がありますか
ない ・ ある ⇒ 【 年 月頃】
- 今までに入院した事がありますか
ない ・ ある ⇒ 【 年 月頃】

既往 通院歴 その他

- 現在通院している病院・クリニックが ない ・ ある ⇒ 【病院名 】
- 現在治療中である 【病名： 】
- アレルギーがある ない ・ ある ⇒ 【 】
- アルコール 飲まない ・ 飲む ⇒ 【 ビール ・ 日本酒 ・ 焼酎 mL】
- 喫煙歴がある ない ・ ある ⇒ 【 1日 本】
- 身長 cm 体重 kg ※ 投薬時必要になります