

肛門・大腸・胃 疾患質問表

年 月 日

ふりがな

氏 名

生年月日^{年・月・日}

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)	ある・ない	全周。半周。一部。		
出 血	ある・ない	程 度	はしりです。 ポタポタたれる。 紙につく。	初めて肛門が悪くなったのはいつ頃からですか。 ()
		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 (ぼが出る)	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。		
分泌物	ある・ない	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。	・ 肛門の手術を受けたことがあれば 書いて下さい。 手術名 (病 名) ــ いつ頃 ــ 病院名 ــ		
便 通		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。		
	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 ない	・ 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 ــ		
・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？
 ــــــــــــــــ 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？
 ــــــــــــــــ いない ・ いる (祖父・祖母・父・母・兄弟)

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	・ 有る	年	月頃	
・注腸バリウム	ない	・ 有る	年	月頃	
・胃内視鏡	ない	・ 有る	年	月頃	
・胃バリウム	ない	・ 有る	年	月頃	

・(胃・大腸)ポリープを取ったことが ない ・ 有る 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下さい。

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 クロウン病
 ぜんそく 潰瘍性大腸炎
 脳疾患 糖尿病
 緑内障 腎臓病
 胃腸疾患 前立腺肥大症
 結核性疾患 高血圧
 肝臓病 心療内科受診歴(有・無)
 尿管結石 排尿障害
 腸閉塞 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—立ちどろし・座りっきり		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・治療上の希望等ありましたらご記入ください。)

当病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 ()

書き終りましたら受付に提出して下さい。