

肛門の病気を悩んでいらした方へ

初診 年 月 日

診療の前にご記入下さい。

氏名 _____ 歳 (男、女) (未婚、既婚) _____ 職業 _____
身長 _____ cm
体重 _____ kg

あてはまる所を○で囲んで下さい。

A. 痛み：ない

- ある (1. いつも 2. ときどき 3. 排便時だけ 4. 排便後に強い)
(1. 少し 2. がまんできる 3. がまんできない)
(1. ずきずきはげしい 2. にぶい 3. ちくちく)
(1. 間をおいて 2. 連続的)

B. 出血：ない

- ある (1. 排便時だけ 2. 排便時以外も)
(1. ほとばしる 2. ポタポタ落ちる 3. 血のかたまりがでる 4. 紙につく)
(1. 真赤 2. ドス黒い)
(1. 便に混じっている 2. 便のまわりについてくる)

C. かゆみ：ない

- ある (1. 少し 2. ときどき 3. 非常に)

D. 脱出：ない

- はれ ある (1. いつも 2. 歩いたり、重いものを持つとき 3. 排便時)
2. 3に○をつけた人は、その時に
(イ. 自然におさまる ロ. 指で入れる ハ. もどらない)
(1. 肛門全体 2. 半分 3. 右 4. 左 5. 前 6. 後)

E. 分泌物：ない

- ある (1. 粘液 2. 膿 3. 粘血液)
(1. ときどき 2. いつも)
(1. 肛門の中から 2. 肛門の外から 3. 肛門の外に穴があり、分泌物がでる)

F. 便通：(1. やわらかい 2. かたい 3. 正常 4. 便が細い)

- (1. 便秘気味 2. 常に便秘 3. 下痢気味 4. 便秘と下痢を繰り返す)
(1. 便が残っている気がする 2. 出たい感じがいつもする)
(1. 必ずりきむ 2. りきまない)

以上A-Fであなたが一番悩んでいる症状は () でいつ頃からですか。

____年前 _____ヶ月前 _____日前

便の回数： _____日 _____回 排便時間：約 _____分位

いつも下剤を使用している方は、薬の名前を記入して下さい。 ()

裏面につづきます



以前にも肛門の病気をしたことがありますか

1. ない 2. ある (ある方は、下記にご記入ください)

- イ いつ頃ですか 年 月 日 日前
- ロ その時は治りましたか いいえ・はい
- ハ どんな治療をしましたか 売薬・医師からの投薬・手術・注射
その他 ()
- ニ その時の病名がわかりましたらご記入ください ()
- ホ 通院した病院名をご記入ください ()
- ヘ 通院した期間は 年 月 日 ~ 年 月 日
- ト 現在も通院中ですか 1. はい 2. いいえ

以前にも肛門以外の病気をしたことがありますか

高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・心臓病・結核・性病・婦人科疾患・胃腸病
泌尿器科疾患・貧血・その他 ()

以前に肛門以外の手術をしたことがありますか

1. ない 2. ある (ある方は、下記にご記入ください)

- イ いつ頃ですか 年 月 日
- ロ その時の病名がわかりましたらご記入ください ()
- ハ 手術をした病院名をご記入ください ()

現在かかっている病気がありますか

1. ない 2. ある (ある方は、下記にご記入ください)

- イ 病名は ()
- ロ いつからかかっていますか 年 月 日 日前
- ハ どこに通院していますか ()
- ニ お薬をのんでいますか
いいえ・はい (薬剤名)
- ホ 特に血液サラサラにする薬 (抗凝固剤) を内服していますか
いいえ・はい (薬剤名)

過去3ヶ月間に入院したことがありますか

1. ない 2. ある (ある方は、下記にご記入ください)

- イ その時の病名がわかりましたらご記入ください ()
- ロ 入院した病院名をご記入ください ()
- ハ 入院した期間は 年 月 日 ~ 年 月 日

アレルギー体質ですか いいえ・はい (原因は ()

薬をのんだり、注射をした後に気分が悪くなったり、湿疹がでたことがありますか

いいえ・はい (薬剤名 ()

医師に使用を禁止されている薬がありますか

いいえ・はい (薬剤名 ()

妊娠していますか

いいえ・はい () ヶ月)

出産回数は () 回

授乳していますか

いいえ・はい

大腸癌検診はうけておりますか

いいえ・はい (最終に受けられた日はいつですか 年 月 日 日前)

当院を受診したきっかけはなんでしたか

家が近いから・知人から聞いて・インターネットを見て・電話帳を見て

広告を見て (新聞・立て看板・バス広告・その他 ()

その他なんでもお書き下さい ()