

ふりがな		大正・昭和・平成・令和	男・女	身長	cm	ここ10年での体重変化
お名前		年 月 日生 歳	未婚・既婚	体重	kg	kg 増 / kg 減

住所	〒() - ()	自宅 TEL:	職業 ()
		携帯 TEL:	立ち仕事 / 座り仕事 / 肉体労働 / オフィスワーク / 他

妊娠： 有・無	授乳中： 有・無	出産経験： 回・無	最終月経： 月 日 最終周期： 日・閉経	便通： 回 / 日位
平均睡眠時間： : ~ :	熟睡感： 有・無	今までにかかった病気 (手術を含む)： 有・無 ()		

内服薬： 有・無	薬剤アレルギー： 有・無 (薬品名)	アレルギー・喘息： 有・無 ()
----------	---------------------	-------------------

症状	● 痛みがありますか？ <input type="checkbox"/> ある → いつ頃から？ () <input type="checkbox"/> 排便の時 <input type="checkbox"/> 排便と関係なく <input type="checkbox"/> 軽い痛み <input type="checkbox"/> 激しい痛み <input type="checkbox"/> ない
	● 出血がありますか？ <input type="checkbox"/> ある → いつ頃から？ () <input type="checkbox"/> 排便時だけ <input type="checkbox"/> 排便時以外も <input type="checkbox"/> 紙に血が付く <input type="checkbox"/> ぼたぼた落ちる <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血のかたまりが出る * 血の色 (赤い・黒っぽい)
	● 脱出 <input type="checkbox"/> ある → いつ頃から？ () <input type="checkbox"/> いつも出っ放し <input type="checkbox"/> 排便時に出る <input type="checkbox"/> 自然に戻る <input type="checkbox"/> 指で戻す <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> もどらない
	● 腫れがありますか？ <input type="checkbox"/> ある → いつ頃から？ () <input type="checkbox"/> ない
	● かゆみがありますか？ <input type="checkbox"/> ある → いつ頃から？ () <input type="checkbox"/> いつも <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> ない
	● 下着が汚れますか？ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎日 (<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> うみ <input type="checkbox"/> 粘液 <input type="checkbox"/> 便) <input type="checkbox"/> いいえ

検査	● 大腸検査を受けた事がありますか？ <input type="checkbox"/> ある → いつ頃？ (年 月頃) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> バリウム検査 <input type="checkbox"/> 便潜血 <input type="checkbox"/> ない
----	--

病歴他	● 排便習慣 排便回数 () 日に () 回 排便所要時間 () 分位 便の性状 <input type="checkbox"/> ふつう便 <input type="checkbox"/> かい便 <input type="checkbox"/> やわらかい便 <input type="checkbox"/> 下痢便 <input type="checkbox"/> 細くて出にくい <input type="checkbox"/> 出始めだけかい <input type="checkbox"/> 下痢と便秘の繰り返し 普段は下剤を使っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (薬品名) 洗浄用トイレ (ウォシュレット) を使用しますか？ <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
	● 今回の症状に対して、どちらかの病院・クリニックにかかりましたか？ <input type="checkbox"/> はい → 病院・クリニック名 () <input type="checkbox"/> いいえ
	● 今までに肛門の病気をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いぼ痔 <input type="checkbox"/> 切れ痔 <input type="checkbox"/> 脱肛 <input type="checkbox"/> 痔瘻 <input type="checkbox"/> 肛門周囲膿瘍 いつ頃？ () 年前 <input type="checkbox"/> いいえ どのような治療をしましたか？ <input type="checkbox"/> 売薬 <input type="checkbox"/> 医師からの投薬 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放置した
	● 肛門の病気で治療または手術したことがありますか？ <input type="checkbox"/> 手術した → 手術した肛門の病名は何ですか？ () <input type="checkbox"/> 手術してない
	● 今までに治療したことのある病気はありますか？ <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> ガン <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 自律神経失調症 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> その他 ()
● 今まで麻酔をして具合が悪くなったことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	

● マイナ保険証による診療情報取得について (限度額認定証) <input type="checkbox"/> 同意する
--

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算
マイナ保険証を利用しない場合…初診時 加算1 4点
マイナ保険証を利用する場合…初診時 加算2 2点