

問診票

赤坂とも内科

ご記入日： 年 月 日

ふりがな		大正・昭和・平成	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？
 ある → いつ頃から？ () 排便の時 排便と関係なく 軽い痛み 激しい痛み
 ない

● 出血がありますか？
 ある → いつ頃から？ () 排便時だけ 排便時以外も 紙に血が付く ぼたぼた落ちる
 ない 血のかたまりが出る * 血の色 (赤い・黒っぽい)

● 脱出
 ある → いつ頃から？ () いつも出っ放し 排便時に出る 自然に戻る 指で戻す
 ない もどらない

● 腫れがありますか？
 ある → いつ頃から？ ()
 ない

● かゆみがありますか？
 ある → いつ頃から？ () いつも 時々 夜間
 ない

● 下着が汚れますか？
 はい → 時々 毎日 (血液 うみ 粘液 便)
 いいえ

● 熱がありますか？
 はい → 現在 ()℃ () 日前より ()℃位が続いている
 いいえ

● お腹が痛みますか？
 はい → どこがどのように痛みますか？ ()
 いいえ

検査

● 大腸検査を受けた事がありますか？
 ある → いつ頃？ (年 月頃) 内視鏡検査 バリウム検査 便潜血
 ない

● 胃の検査を受けた事がありますか？
 ある → いつ頃？ (年 月頃) 内視鏡検査 バリウム検査
 ない

病歴他

● 排便習慣
 排便階数 () 日に () 回 排便所要時間 () 分位
 便の性状 ふつう便 かたい便 やわらかい便 下痢便 細くて出にくい 出始めだけかたい 下痢と便秘の繰り返し
 普段は下剤を使っていますか？ はい 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？ する 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？
 はい → 病院・クリニック名 ()
 いいえ

● 今までに肛門の病気をしたことがありますか？
 はい → いぼ痔 切れ痔 脱肛 痔瘻 肛門周囲膿瘍 いつ頃？ () 年前
 いいえ どのような治療をしましたか？ 売薬 医師からの投薬 注射 手術 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？
 手術した → 手術した肛門の病名は何ですか？ ()
 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？
 緑内障 狭心症 前立腺肥大症 高血圧 脳梗塞 ガン 貧血 結核 糖尿病 心筋梗塞 自律神経失調症
 肝炎 ぜんそく 不整脈 性病 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？
 ある
 ない