

ご記入日： 年 月 日		問診票			赤坂とも内科	
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:	体温 ()℃			
		携帯 TEL:				
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	紹介状 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
平均睡眠時間： : ~ :	熟睡感： 有・無	職業 () 立ち仕事/座り仕事/肉体労働/オフィスワーク/他				
症状	● 痛みがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	→ 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				
	● 出血がありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	→ いつ頃から？ () *血の色 (赤い・黒っぽい) <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"/> 血のかたまりが出る				
	● 脱出 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	→ 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"/> もどらない				
	● 腫れがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	→ いつ頃から？ ()	● かゆみがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	→ いつ頃から？ () <input type="checkbox"/> いつも <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 夜間		
	● 下着が汚れますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	→ <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)				
検査	● 大腸検査を受けた事がありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	→ 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				
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 → 医療機関名 () <input type="checkbox"/> いいえ 治療内容 ()				
	● 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				
	● 現在 他の医療機関に通院していますか？ (※ある場合は、医療機関名、受診日、治療内容等をご記入下さい。)	<input type="checkbox"/> ある → 医療機関名 () <input type="checkbox"/> ない 受診日 () 治療内容 ()				
	● 現在 服用中のお薬がありますか？ (※ある場合は、お薬名、用量、投薬期間等をご記入下さい。お薬手帳をお持ちの方は、受付にご提示下さい。マイナ保険証による情報取得に同意していただいた患者様は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能です。)	<input type="checkbox"/> ある → お薬名 () <input type="checkbox"/> ない 用量 () 投薬期間 ()				
	● これまでにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ (※ある場合は、お薬名や食品名、症状等をご記入下さい。)	<input type="checkbox"/> ある → お薬名 () <input type="checkbox"/> ない 食品名 () 症状 ()				
	● 今までに喘息と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 咳喘息 <input type="checkbox"/> 小児喘息 <input type="checkbox"/> いいえ				
	● これまでに大きな病気 (入院や手術を要する病気等) にかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない (※ある場合は、病名、時期、医療機関名、治療内容等をご記入下さい。) 病名 () 時期 () 医療機関名 () 治療内容 ()				
● この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) をうけたことがありますか？ (※ある場合は、受診時期、指摘事項等をご記入下さい。マイナ保険証による情報取得に同意していただいた患者様は、記載を省略可能です。)	<input type="checkbox"/> ある → 指摘事項 () <input type="checkbox"/> ない 受診時期 ()					
● 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。						
【2024年6月-1版】						