

令和 年 月 日 外科（肛門科）外来問診票

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_ 勤務先名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

連絡先 (※ご本人以外の連絡先をご記入下さい。)

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 患者様とのご関係 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

\*他院からの手紙、資料をお持ちの方は、受付窓口へ提出してください

\*診察を受けられる前には、なるべく排便を済ませておいてください。但し、強い下剤や浣腸の使用は避けてください。使用すると、直腸粘膜に炎症をきたし、正常な状態を把握できなくなることがあるからです。

1. 症状についてお聞きします

- ① 痛みはありますか ある ・ ない
    - ↳ ・いつ頃から ( \_\_\_\_\_日 / 月 / 年ぐらい前から)
    - ・どんな時に (排便時/座った時/その他 \_\_\_\_\_)
  - ② 出血はありますか ある ・ ない
    - ↳ ・いつ頃から ( \_\_\_\_\_日 / 月 / 年ぐらい前から)
    - ・どんな時に (排便時/座った時/その他 \_\_\_\_\_)
    - ・出血量は ( 少 / 中 / 多 )
    - ・どんな色 (鮮血/暗赤色/黒色/その他 \_\_\_\_\_)
  - ③ 肛門から、脱出物がありますか ある ・ ない
    - ↳ ・いつ頃から ( \_\_\_\_\_日 / 月 / 年ぐらい前から)
    - ・どんな時に (排便時/その他 \_\_\_\_\_)
    - ・自然に戻りますか はい ・ いいえ
    - ・指で押し込めば戻りますか はい ・ いいえ
    - ・出っ放しですか はい ・ いいえ
  - ④ 腫れはありますか ある ・ ない
  - ⑤ 分泌物はありますか ある ・ ない
  - ⑥ 排便回数は ( \_\_\_\_\_回 / \_\_\_\_\_日)
  - ⑦ 便の硬さは やわらかい ・ 正常 ・ 硬い
  - ⑧ 排便後もすっきりせず、残便感がありますか ある ・ ない
2. 現在、通院し治療している病気はありますか はい ・ いいえ

いつから	病名	病院	内服薬
			ある・ない
			ある・ない
			ある・ない
			ある・ない

裏面もご記入ください

3. 血液さらさらのお薬（抗凝固剤）は、飲んでいますか      はい      ・      いいえ

4. お薬手帳はお持ちですか      はい      ・      いいえ

**\*お薬手帳、薬剤情報をお持ちの方は、受付窓口へ提出してください**

5. 大腸の検査を受けたことがありますか      ない      ・      ある      いつ頃

6. お薬・食べ物・アルコールでアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか  
はい      ・      いいえ

「はい」の方は内容を記載してください      \_\_\_\_\_

7. 今までに手術を受けたことはありますか      はい      ・      いいえ

病名      \_\_\_\_\_      いつ頃

8. 輸血を受けたことはありますか      はい      ・      いいえ

9. 過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか      はい      ・      いいえ

「はい」の方・・・渡航先      \_\_\_\_\_      渡航期間

10. たばこについてお聞きします      吸わない      ・      吸う      ・      過去に吸っていた  
( 1日      本      、      歳から約      年間 )

11. アルコールについてお聞きします      飲まない      ・      飲む      ・      過去に飲んでいた  
( 種類: \_\_\_\_\_、1回 \_\_\_\_\_ 杯      毎日      ・      時々      ・      月に2～3回 )

12. 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか ( はい      ・      いいえ )      授乳中ですか ( はい      ・      いいえ )

最終月経は (      月      日      ～      月      日 )      閉経している (      歳 )

13. からだの中に埋め込まれているものはありますか      はい      ・      いいえ

「はい」の方は□にチェックをつけてください

皮下埋め込み型ポート      心臓ペースメーカー      心臓・血管拡張ステント

胆管ステント      その他 (      )

14. ご家族（祖父母、両親、兄弟、子供）の中に病気で亡くなった方や病気にかかっている方がいれば  
ご記入ください      例) 父      ○○歳      脳梗塞で死亡

15. 仮に悪性の疾患の場合の病状や治療の情報提供について

1) 病気を知りたいですか      はい      ・      いいえ

2) 病気の状態について知りたいですか      はい      ・      いいえ

3) 病名や病気の状態は、ご家族にもお伝えしてよろしいですか      はい      ・      いいえ

ご協力ありがとうございました。

順番が来ましたら、お呼びいたしますので、お待ちください。      医療法人 東札幌病院      2019年5月改定