

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、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

＊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 ☐ なし ☐ある ☐ なし ☐ある ☐ なし ☐3. 他医療機関からの紹介状はありますか はい ☐ いいえ ☐

裏面も全てご記入ください

