

# 問診表

氏名 \_\_\_\_\_ 様 歳 \_\_\_\_\_ 記載日: 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【緊急連絡先】 ご本人の携帯番号等 TEL: \_\_\_\_\_

ご本人以外の連絡先: 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

連絡先名称: \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

(※) マイナ保険証の診療情報取得に同意しますか。  はい  いいえ

あてはまる全ての口にチェックを入れて下さい。

1. 出血 出血はありますか？

ある  ない

- a. いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )
- b. どのように出血しましたか？  紙につく  ポタポタ出た
- c. 色は？  真っ赤  赤黒い
- d. いつ出血しましたか？  便の前  便に混じって  
 便の後で  関係なく

2. 脱肛 イボはありますか？

ある  ない

- a. いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )
- b. いつ出ますか？  排便時  いつも
- c. どんなふうに出ますか？  全体的に  一部分に
- d. 戻りますか？  自然に戻る  指で戻す  戻らない

3. 痛み (1) 痛みはありますか。

ある  ない

- a. いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )
- b. どんな時に痛みますか？  いつも  排便の時  排便の後  
 脱肛している時  長時間座っていると
- c. どのくらい痛いですか？  軽い  鈍い  ズキズキ痛い  痛痒い

(2) 肛門が熱っぽい感じがありますか？  ある  ない

4. かゆみ 痒みはありますか？

ある  ない

- a. いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )
- b. いつ痒いですか？  いつも  夜間

5. 排膿 膿(うみ)が出たことはありますか？

ある  ない

いつ出ましたか？ ( \_\_\_\_\_ )

◎ 今までに肛門の診察を受けたことはありますか？

ある  ない

- a. いつ頃？ ( \_\_\_\_\_ )
- b. どの病院で？ ( \_\_\_\_\_ )
- c. 内容は？  通院治療で  入院手術で  その他

◎ 今までに大腸の検査(ドッグや検診での“検便”等も含む)を受けたことはありますか？

ある  ない

どのような検査ですか？

便潜血反応検査(“検便検査”)

ほぼ毎年

毎年でない方は最後に受けた年: ( \_\_\_\_\_ )

大腸内視鏡検査(“大腸カメラ”) いつ頃？ ( \_\_\_\_\_ )

注腸造影検査 いつ頃？ ( \_\_\_\_\_ )

結果がお分かりでしたら教えて下さい。( \_\_\_\_\_ )

◎ 今の肛門の状態の詳しい経過を教えてください

◎ 入院して手術を希望されますか？

どちらかという手術して欲しい。  薬で治療して欲しい。  わからない。

裏面へ続く ➡

◎ ここからは普段の状態を教えてください。

1. 排便回数は？ 1日( )回  
毎日出ない方は何日に1回出ますか？( )日に1回
2. 排便時間はどれくらい掛かりますか？ ( )分くらい
3. 排便後、残っている感じはありますか？  ある  ない
4. 便の硬さは？  普通  硬い  軟らかい  水様
5. 肛門が狭い感じはありますか？  ある  ない
6. 便が漏れるようなことはありますか？  ある  ない
7. 下痢しやすい方ですか？  しやすい  しない
8. 排便する時間は？  朝  昼  夜  決まっていない
9. 下剤を使っていますか？  
 使う  使わない  
→ 薬の名前( ) 量( )
10. 腹痛はありますか？  
 ある  ない  
a. いつからですか？ ( )  
b. 程度は？  軽い  重苦しい  激しく痛む
11. お腹が張っていますか？  いる  いない
12. 起床時間は？ ( 時頃)
13. 朝ごはんは食べますか？  食べる( 時頃)  食べない
14. アルコールは飲みますか？  飲む  飲まない
15. たばこは吸いますか？  吸う  吸わない
16. 家族構成を教えてください。  既婚  未婚  
ご家族は何人ですか？( 人)
17. あなたの職業を教えてください。( )  
仕事の内容は？( )
18. 血の繋がった方で、がんに罹った人はいますか？  
 いる  いない  
→ 誰が？( ) 病名( )  
( ) ( )  
( ) ( )

・ 今までにあなたが罹った病気や手術などを教えてください。

いつ頃	病名	(入院・手術・通院)
いつ頃	病名	(入院・手術・通院)
いつ頃	病名	(入院・手術・通院)
いつ頃	病名	(入院・手術・通院)

・ 現在、通院・治療を受けている病気があれば教えてください。

---

---

---

---

a. ペースメーカーは入っていますか？  はい  いいえ

b. 気管支喘息はありますか？  はい  いいえ

**お薬手帳をお持ちの方は必ずお出し下さい。**

・ 現在飲んでいる薬はありますか？

ある  ない  
a. 血液をサラサラにする薬をお飲みですか？  はい  いいえ  
b. 飲んでいる薬の名前をお書きください。

( )

・ 今までに怪我や抜歯の後に、血が止まりにくかったことはありますか？

ある  ない

・ 今までに麻酔の後に具合が悪くなったことはありますか。

ある  ない

・ アレルギー(薬、食べ物など)または接触アレルギー(ゴム、金属、消毒用アルコール等)はありますか？ あるはそれ以外にも何らかの理由で具合が悪くなったようなことはありますか。

ある  ない  
→ 何に対してですか？( )

(※)女性の方にお尋ねします。

現在、妊娠の可能性はありますか？  ある  ない

お産は何回ですか？( 回)

今、授乳されていますか？  している  していない

経口避妊薬は服用中ですか。  はい  いいえ

女性医師の診察を希望されますか。  はい  どちらでもよい