

肛門疾患 / 便秘症・問診票 お願い お薬又はお薬手帳をお持ちの方は診察時提出して下さい

初診日	()	カルテ No	
ふりがな			男 女
氏名			
生年月日	大 昭 平 ()	年	月 日 (才)
住所	〒□□□-□□□□		
電話	自宅 ()	携帯 ()	緊急連絡 ()
・肛門の痛み (あり なし) 以下「あり」の場合 ・いつから? () ・どんなとき? 1.排便時 2.排便後 3.いつも 4.身体を動かすと ・どれくらい? 1.激しい 2.軽い	・しょっちゅう便意がある (あり なし) ・ある場合いつから? ()		
	・残便感 (あり なし) ・ある場合いつから? ()		
	・便のもれ (あり なし) ・ある場合いつから? ()		
・肛門からの出血 (あり なし) 以下「あり」の場合 ・いつから? () ・どのくらい? 1.紙に付く 2.便に混じる 3.ポタポタ 4.飛び散る ・どんなとき? 1.排便時 2.排便後 3.排便に関係なく ・色は? 1.真っ赤 2.赤黒い 3.黒い	・排便時間 (約 分)		
	・排便時かなり気張りますか? (はい いいえ)		
	・食欲 (良・普・不良) ・ 間食 (する・しない) ・食事の内容や食事時間のバランス (良・普・不良) ・睡眠 (良・普・不良)		
	・アレルギーはありますか? はい・いいえ (薬剤・食品名)		
	・以前に大きな病気をしたことがありますか? 病名とその時の年齢を記載して下さい。		
・肛門から痔などが出てくる感じ (あり なし) 以下「あり」の場合 ・いつから? () ・どんなとき? 1.排便時 2.いつも 3.しゃがんだ時 ・戻り具合は? 1.自然に戻る 2.指で戻る 3.戻らない	・現在治療している病気に○を付けてください。 高血圧 糖尿病 高脂血症 高尿酸血症 狭心症 不整脈 肝臓病 腎臓病 呼吸器疾患 脳血管疾患 血液疾患 膠原病 精神疾患 消化器疾患 肛門疾患 →具体的な病名を記載して下さい。 ()		
	・肛門のかゆみ (あり なし) ・ある場合いつから? ()		
・肛門が狭い感じ (あり なし) ・ある場合いつから? ()	・現在内服している他院の薬がありますか? (あり・なし) 病院名 () 薬剤名 ()		
	・便回数 (回/1日 または 1回/ 日) 便のかたさ (硬い・普通・軟・下痢・水様)		
・便秘 (あり なし) ・ある場合いつから? ()	・家族で癌の方はいらっしゃいますか? 父・母 (病名) 祖父・祖母 (病名) 兄弟・姉妹 (病名)		
	・タバコを吸いますか? (いいえ・はい) (才~ 才、1日に 本)		
・月経 (順・不順・困難)	・お酒飲みますか? (いいえ・はい) (1日にビール/日本酒/ワイン/ 焼酎/ウィスキーを ml)		
・最終月経 (月 日)			
・妊娠していますか? (はい いいえ 妊娠している可能性がある)	・身長 cm		
	・体重 kg		