

氏名 _____ 様 (男・女) 年齢 (_____ 歳) (既婚・未婚) (携帯番号 _____ - _____ - _____) 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・今回の受診にあたり特に心配なことや、希望はどれですか？ ()痔が心配 → ()必要であれば手術も考えている ()大腸癌が心配 → ()内視鏡検査等を希望する ()両方が心配		肛門のしこり ・ある ・なし	いつから (_____) 部 位 左・右・前・後・肛門部 肛門の周り・肛門の奥
・下記の症状で一番気になる症状はどれですか？ 痛み・出血・脱出・かゆみ・腫れ・肛門のしこり 熱感・分泌物・腹部症状・便秘異常・体重減少(やせてきた)		発 熱 なし・ある → いつから (_____) 本日の体温 (_____ °C)	分 泌 物 いつから (_____) ・ある ・なし 何 が 膿・粘液・粘血便 どこから 肛門内より・肛門の周囲より
痛 み が ありますか？ ・ある ・なし	いつから (_____)	腹部症状 症 状 腹痛・腹のしこり・腹がはる ・ある ・なし 部 位 (_____)	便 通 日 回 硬便・普通・軟便・下痢便 下剤等の使用 あり ・ なし 薬品名 (_____) 日に 回
	どのな時に 排便時・排便後・いつも 長く座ったりした時・体を動かした時		
	部 位 左・右・前・後・肛門部 肛門の周り・肛門の奥		
	どのくらい 軽い・重苦しい・鈍い ズキズキ激しい・痛がゆい		
出 血 が ありますか？ ・ある ・なし	いつから (_____)	排便状態 便秘気味・下痢気味・便秘と下痢が交互 残っている感じがする・肛門が狭い感じがする 出たい感じが続く・特に問題を感じていない	体重減少 なし・ある → (約 _____ kg) 1年位で・6ヶ月位で・1ヶ月位で ・これまでに大腸・肛門科の診察を受けたことがありますか？ なし・ある { いつ (昭・平 _____ 年 _____ 月頃) どこで (_____ 県 _____ 病院・医院)
	程 度 紙に付く・ポタポタたれる・ほとぼしる		
	色 真っ赤・赤黒い・黒い		
脱 出 (イボの様な 物が出る) ・ある ・なし	いつから (_____)	・肛門の手術を受けたことがありますか？ なし・ある { いつ (昭・平 _____ 年 _____ 月頃) どこで (_____ 県 _____ 病院・医院)	・大腸内視鏡検査を受けたことがありますか？ ・ある { いつ (昭・平 _____ 年 _____ 月頃) → 異常なし どこで (_____ 県 _____ 病院・医院) → 異常あり ↓ ・なし ・その時、医師からどの様な診断を受けましたか？ ポリープ・癌・憩室・その他 (_____)
	どのくらい 全周・半分・一部		
	どのな時 排便時・しゃがんだ時・歩く時・いつも		
か ゆ み ・ある ・なし	程 度 少し・ひどい	戻り具合 自然に戻る・指でもどす 肛門を拭く時戻す・戻らない	・ある { いつ (昭・平 _____ 年 _____ 月頃) → 異常なし どこで (_____ 県 _____ 病院・医院) → 異常あり ↓ ・なし ・その時、医師からどの様な診断を受けましたか？ ポリープ・癌・憩室・その他 (_____)
	どのな時 いつも・夜間・排便時・入浴時		
腫 れ なし・ある { いつから (_____) どの辺 (_____)			

※裏面の記入もお願いします。↓

氏名 様

<p>・大腸・肛門が悪くなってからの経過を教えてください。</p>	<p>・現在、心療内科・精神科の治療を受けていますか？</p> <p>いいえ ・ はい { いつく) どこで) わかれば病名 ()</p>																								
<p>・血縁の方に大腸や肛門の病気の方がいらっしゃいますか？</p> <p>いない ・ いる → 続柄 () ・ 病名 ()</p>	<p>・これまでに、心療内科・精神科の治療を受けたことがありますか？</p> <p>通院治療 ・ 入院治療 (どちらかに○をしてください)</p>																								
<p>・次のうち診断・治療を受けたことのある病気に○をつけてください。</p> <p>心筋梗塞 狭心症 高血圧 糖尿病 高脂血症 気管支喘息 脳梗塞 脳出血 癌 () リウマチ 貧血 その他 ()</p>	<p>なし ・ ある { いつく) どこで) わかれば病名 ()</p>																								
<p>・現在、使用している薬(血液をサラサラにする薬・血圧を下げる薬・血糖を下げる薬など)があれば記入してください。</p> <p>(お薬手帳をお持ちでしたら拝見させていただきます)</p>	<p>・これまでにご自身が次の病気の指摘を受けたことがありますか？</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">無</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">有</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">検査を受けた事が無い</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B型肝炎</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>C型肝炎</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>その他の肝炎</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>エイズ</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>梅毒</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> </tbody> </table>		無	有	検査を受けた事が無い	B型肝炎	()	()	()	C型肝炎	()	()	()	その他の肝炎	()	()	()	エイズ	()	()	()	梅毒	()	()	()
	無	有	検査を受けた事が無い																						
B型肝炎	()	()	()																						
C型肝炎	()	()	()																						
その他の肝炎	()	()	()																						
エイズ	()	()	()																						
梅毒	()	()	()																						
<p>・日頃、飲酒はされますか？</p> <p>毎日飲む 週に数日飲む ↓ まったく飲まない 1週間で()日飲む</p>	<p>・これまでにご家族が上記の病気の指摘を受けたことがありますか？</p> <p>いいえ ・ はい (病名 続柄)</p> <p style="text-align: center;">※治療に当たり大切なことですので、正確にお答えください。</p>																								
<p>・1日どのくらい飲みますか？</p> <p>ビール 350缶 (本) ・ 500缶 (本) 焼酎・ウィスキー (杯) 日本酒 (合) その他 ()</p>	<p>・女性の方にお聞きします。現在、妊娠中あるいは授乳中ですか？</p> <p>いいえ ・ 妊娠中 (ケ月) ・ 授乳中 (年 月 出産)</p>																								
<p>・輸血を受けたことがありますか？</p> <p>いいえ ・ はい (昭和 ・ 平成 年 月頃)</p>	<p>・職業を教えてください。 職業 ()</p> <p>() 立ち仕事が多い () 座り仕事が多い (デスクワーク・車の運転が長い等) () 重い物を運ぶ事が多い () 腹圧のかかる様な仕事が多い</p>																								
<p>・内服薬・注射薬・麻酔薬等で医師に使用を禁止されている薬はありますか？</p> <p>いいえ ・ はい ()</p>	<p>・信仰宗教はありますか？ いいえ ・ はい ()</p>																								
<p>・牛乳・卵・かに・えび・魚などを食べて気分が悪くなったり、発疹が出た事 がありますか？</p> <p>いいえ ・ はい ()</p>																									