

・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・便通異常・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 ・ある ・なし	いつから () 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？	いつから () 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	腹部症状 ・ある ・なし	症 状 腹痛・腹のしこり・腹がはる いつから () 部 位 ()	
	・ある 部 位 左・右・前・後・肛門部 肛門の周り・肛門の奥 ・なし どのくらい 軽い・重苦しい・鈍い ズキズキ激しい・痛がゆい		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	
出 血が ありますか？	いつから () 程 度 紙に付く・ポタポタたれる・ほとばしる ・ある 色 真っ赤・赤黒い・黒い ・なし 状 態 排便の前に・便に混じって・便に付いて 排便の後で・排便とは関係なく	排便時間 3分位・5分位・10分位・15分位・20分以上	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・令 年 月頃) どこで(県 病院・医院)	
脱 出 (イボの様な 物が出る)	いつから () 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 ・ある 戻り具合 自然に戻る・指でもどす ・なし 肛門を拭く時戻す・戻らない	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・令 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・令 年 月頃) → 異常なし どこで(県 病院・医院) → 異常あり ↓ ・なし ・その時、医師からどのような診断を受けましたか？ ポリープ・癌・憩室・その他 ()	
か ゆ み ・ある ・なし	いつから () 程 度 少し・ひどい 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 ()			

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？ 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？ 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。 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。 (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 border="0"> <tr> <td></td> <td>無</td> <td>有</td> <td>検査を受けた事が無い</td> </tr> <tr> <td>B型肝炎</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>C型肝炎</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>その他の肝炎</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>エイズ</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>梅毒</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </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？ 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？ いいえ ・ はい (病名 _____ 続柄 _____) ※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？ 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？ いいえ ・ 妊娠中 (月) ・ 授乳中 (年 月 出産)</p>																								
<p>・輸血を受けたことがありますか？ いいえ ・ はい (昭 ・ 平 ・ 令 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？ 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 はありますか？ いいえ ・ はい ()</p>	<p>・信仰宗教はありますか？ いいえ ・ はい ()</p>																								