

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？ 出血・脱出・痛み・腫れ・かゆみ・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
出血 ・ある ・なし	いつから () 程度 紙に付く・ポタポタたれる・ほとばしる 色 真っ赤・赤黒い・黒い	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 ()
	状態 排便の前に・便に混じって・便に付いて 排便の後に・排便とは関係なく		便秘 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
脱出 (イボの様な物が出る) ・ある ・なし	いつから () どのくらい 全周・半分・一部 どんな時 排便時・しゃがんだ時・歩く時・いつも 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	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
	痛み いつから () どんな時 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	体重減少 なし/ある → (約 kg減った) 1年位で・6ヶ月位で・1ヶ月位で	
腫れ なし・ある { いつから () どの辺 ()	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	・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)	
		・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)	
かゆみ ・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、医師からどの様な診断を受けましたか？ ポリープ・癌・憩室・その他()			

※裏面の記入もお願いします。↓

