

ID

肛門科 問診票

(車イス・歩行器)

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名

様 (歳) (男・女)

付添

無・有

(ご関係

)

- ・マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? (いいえ・はい)
- ・他の病院・医院からの紹介状はお持ちですか? (ない・ある)
- ・健康診断の結果はお持ちですか? (ない・ある)

1、いつ頃から肛門のぐあいが悪くなりましたか? _____ 年 _____ 月頃から

次に当てはまるものに○印を付けてください。

2、痛みはありますか? ない あるいは ある

1) いつ 便をするとき 便をした後 いつでも

2) どのくらい 我慢できない 我慢できる 少し痛い

3) どのように ズキズキ激しい 刺すように にぶく 間欠的に 持続的に

3、出血はありますか? ない あるいは ある

1) どのくらい 流れ出る ポタポタたれる 紙につく程度
 便に混ざっている 便のまわりについている

2) どのような 鮮紅色 暗赤色 黒色

4、いぼ痔のようなものが出ていますか? ない あるいは ある

1) 出ている時は いつでも出ている 急に出て戻らない 力むと時々出る
 排便時に出るが自然にもどる 排便後指で押し込む

5、腫れている感じはありますか? ない あるいは ある

6、かゆみはありますか? なし あるいは ある

7、分泌物のようなものが出ますか? でない あるいは 出る

1) どのような 粘液 膿 粘血液

・今までで治療した、または現在治療中の病気はありますか? ○をつけてください

- ・脳梗塞・脳出血・緑内障・白内障・狭心症・心筋梗塞・不整脈・高血圧・高脂血症
- ・糖尿病・肺の病気・喘息・肝臓の病気・膵臓の病気・腎臓の病気・認知症・前立腺肥大
- ・精神の病気・がん(部位 _____)・その他(_____)

・今まで手術を受けたことはありますか?

(ない・ある(いつ: _____ 病名: _____))

・現在他院からの薬を服用しているものがあればお書きください

(ない・ある(_____)・お薬手帳参照)

・現在かかりつけの病院・医院はありますか?

(ない・ある(病院名: _____))

・この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか

(ない・ある(いつ: _____ 指摘事項: _____))

