

# 問 診 表

\*ご希望の科\*  胃腸科  肛門科

記入日 年 月 日

ふりがな  
氏名 ( 歳) 男・女 未婚・既婚 職業:

◆どのような症状で来院されましたか? \*内容を詳しくご記入ください(いつから、どこが、どのように?)

○内視鏡検査のご希望はありますか? なし・あり → ( 胃内視鏡・大腸内視鏡 )

○お薬のご希望はありますか? なし・あり

排便の状態についてお聞きます

排便回数 日に 回、排便時間 約 分 残便感 ( ある・なし )  
便の性状 ( 硬い・普通・軟らかい・水様・便秘・下痢・便秘と下痢を繰り返す )  
下剤の使用 無・有 ( 薬剤名 )

☆肛門科の方のみお答えください <他の肛門科を受診したことがありますか> ( ある・なし )

いつ頃 年 月 または 歳 病院名 ( )  
どのような診断でしたか  いぼ痔  切れ痔  痔ろう  その他 ( )  
どのような治療をしましたか  投薬  注射  手術  その他 ( )

現在、治療中の病気はありますか ( ある・なし )

病名 ( )  
服用中の薬剤名 ( )  
治療期間 ( ) 通院先の病院名 ( )  
血液がサラサラになる薬を内服していますか なし・ある ( 薬剤名 )

今までに次の病気をしたことがありますか ( ある・なし )

高血圧  糖尿病  前立腺肥大  緑内障  心臓病・ペースメーカー埋め込み  
 腎臓病・透析中  精神疾患  その他 ( )

今までに手術したことがありますか

ない  ある → いつ ( ) ところで ( ) 手術内容 ( )

薬剤アレルギー

ない  ある 薬剤名 ( )

胃内視鏡検査をしたことがありますか

ない  ある → 検査した時期 ( ) 検査した病院名 ( )  
検査結果  異常なし  ポリープ  胃炎  逆流性食道炎  その他 ( )

大腸内視鏡検査をしたことがありますか

ない  ある → 検査した時期 ( ) 検査した病院名 ( )  
検査結果  異常なし  ポリープ  大腸炎  その他 ( )

☆女性の方へお聞きます

妊娠 ( している していない 不明 ) 授乳 ( している していない )

来院のきっかけを教えてください

知り合いに勧められて (お名前: )  ホームページをみて  看板をみて  
 広告チラシをみて  かかりつけ医からの紹介 (病院名: )  その他 ( )