

# 問診表

あてはまる全ての□にチェックをいれてください

氏名 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 記載日 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

## 【緊急連絡先】

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

連絡先名称 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

### I. 出血 出血はありますか？

ある  ない

- a. いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )
- b. どのように出血しましたか？  紙につく  ポタポタ出た
- c. 色は？  真っ赤  赤黒い
- d. いつ出血しましたか？  便の前  便に混じって
- 便の後で  関係なく

### II. 脱肛 イボはありますか？

ある  ない

- a. いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )
- b. いつ出ますか？  排便時  いつも
- c. どんなふうに出ますか？  全体的に  一部分に
- d. もどりますか？  自然に戻る  指でもどす
- もどらない

### III. 痛み 1. 痛みはありますか？

ある  ない

- a. いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )
- b. どんな時に痛いですか？  いつも  排便の時
- 排便の後  脱肛していると
- 長時間座っていると
- c. どれくらい痛いですか？  軽い  鈍い
- ズキズキ痛い  痛がゆい

### 2. 肛門が熱っぽい感じがありますか？

### IV. かゆみ かゆみはありますか？

ある  ない

- a. いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )
- b. いつ かゆいですか？  いつも  夜間

### V. 排膿 膿(うみ)が出たことはありますか？

ある  ない

いつ 出ましたか？ ( \_\_\_\_\_ )

### ◎今までに、肛門の診察を受けたことがありますか？

ある  ない

いつ頃？ \_\_\_\_\_

どこの病院で？ \_\_\_\_\_

内容は？  通院治療で  入院手術で

その他

### ◎今までに、大腸の検査を受けたことがありますか？

ある  ない

どのような検査ですか？

①  便潜血反応検査 \_\_\_\_\_ いつ頃？ \_\_\_\_\_

②  大腸内視鏡検査 \_\_\_\_\_ いつ頃？ \_\_\_\_\_

③  注腸造影検査 \_\_\_\_\_ いつ頃？ \_\_\_\_\_

結果がおわかりでしたら教えてください \_\_\_\_\_

### ◎今の肛門の症状の詳しい経過を教えてください

### ◎入院して手術を希望されますか？

どちらかという手術してほしい

薬で治療してほしい

わからない

裏面へ続く ⇨

◎ ここからは普段の状態を教えてください

1. 排便回数？ \_\_\_\_\_ 1日(\_\_\_\_\_)回  
 毎日出ない方は何日に1回出ますか？ (\_\_\_\_\_)日に1回
2. 排便時間はどれくらいかかりますか？ \_\_\_\_\_ 分位
3. 便が出ても残っている感じはありますか？  ある  ない
4. 便の硬さは？  普通  やわらかい  硬い  水様
5. 肛門が狭い感じはありますか？  ある  ない
6. 便が漏れるようなことはありますか？  ある  ない
7. 下痢しやすいほうですか？  しやすい  しない
8. 排便する時間は？  朝  昼  夜  決まってない
9. 下剤を使っていますか？  使う  使わない  
 薬の名前 \_\_\_\_\_ 量 \_\_\_\_\_
10. 腹痛はありますか？  
 ある  ない  
 いつからですか？ \_\_\_\_\_  
 程度は？  軽い  重苦しい  激しく痛む
11. お腹が張っていますか？  いる  いない
12. 起床時間は？ \_\_\_\_\_ 時頃
13. 朝ご飯は食べますか？  食べる \_\_\_\_\_ 時頃  食べない
14. アルコールは飲みますか？  飲む  飲まない
15. たばこは吸いますか？  吸う  吸わない
16. 家族構成を教えてください。  既婚  未婚  
 ご家族は何人ですか？ \_\_\_\_\_ 人
17. あなたの職業を教えてください。 \_\_\_\_\_  
 仕事の内容は？ \_\_\_\_\_
18. 血のつながった方で、ガンにかかった方はいますか？  
 いる  いない  
 誰が？ \_\_\_\_\_ 病名は？ \_\_\_\_\_

・今までにあなたがかかった病気や手術など 教えてください。

いつ頃	病名	(入院・手術・通院)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

・現在、通院・治療を受けている病気があれば教えてください。

_____
_____
_____
_____

- a. ペースメーカーが入っていますか？  はい  いいえ
- b. 気管支喘息はありますか？  はい  いいえ
- c. 緑内障はありますか？  はい  いいえ

※お薬手帳をお持ちの方は必ずお出しください。

・現在、飲んでいる薬はありますか？  ある  ない

血液をサラサラにする薬をお飲みですか？  はい  いいえ  
 飲んでいるお薬の名前をお書きください。  
 ( \_\_\_\_\_ )

・薬アレルギーはありますか？

ない  ある → 何の薬ですか？ 名前もわかれば教えてください。  
 ( \_\_\_\_\_ )

・食べ物のアレルギーはありますか？

ない  ある → アレルギーのある食べ物を教えてください。  
 ( \_\_\_\_\_ )

・今までにケガの後や抜歯の後に、血が止まりにくかったことがありますか？

ある  ない

※女性の方におたずねします。

現在、妊娠の可能性はありますか？  ある  ない

お産は何回ですか？ \_\_\_\_\_ 回

今、授乳されていますか？  している  いない