

問 診 票

受診日： 年 月 日

フリガナ
氏 名

(男 ・ 女) 才

*初診の方は、ご記入をお願いいたします。質問等についてはお答えできるところだけで結構です

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？ _____ 頃より
・痛み ・出血 ・脱出 ・腹痛 ・下痢 ・便秘 ・その他

2. 肛門科の診察・治療・手術を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
・診察 ・治療 ・手術 [いつ頃]

3. 大腸検査をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
・大腸内視鏡(大腸カメラ)(いつ頃: _____) ・検便のみ

4. 今までに病気や手術をした事がありますか？ (はい ・ いいえ)
・胃腸病、 心臓病、 腎臓病、 肝臓病、 糖尿病、 高血圧症、 婦人科疾患など
病名 (_____)
・現在治療中 ・現在入院中 ・現在治療はしていない

5. 今、のんでいる薬がありますか？ (はい ・ いいえ) [薬名]
*お薬手帳をお持ち下さい

6. アレルギーがありますか？ (はい ・ いいえ)
・体質 (_____) ・薬 (_____) ・食べ物 (_____)

7. 出産 () 回、 妊娠中 () ヶ月、 産後 () ヶ月、 授乳中 ()

8. がんなどの病気がわかった場合の対応について
・ 告知をうけたいですか？ (はい ・ いいえ)
・ あなたの他に説明してもらいたい方がいますか？

配偶者 子 両親 兄弟 その他 (_____)

*変更がある場合はいつでもお申し出下さい。2019.5

