

フリガナ		男・女	生年 月日	T・S	年	月	日	才
氏名				H・R				
住所	〒							
電話番号								

※本日はどのような症状でご来院されましたか

【 】

該当するものを○で囲んでください

外科・肛門科 問診	内科 問診
<p>肛門の症状がある【 ある ・ なし 】</p> <p>① 痛み ② 腫れ ③ 脱肛</p> <p>④ 膿が出る ⑤ かゆみ ⑥ 便がもれる</p> <p>⑦ その他 【 】</p> <p>■ 症状が始まった時期はいつからですか 【 】から</p> <p>■ その症状がどのような時に出来ますか 【 】</p> <p>■ 以前に肛門の病気にかかった事がある ない・ある⇒【病名】</p> <p>■ 以前に肛門の手術を受けた事がある ない・ある⇒【手術名】</p> <p>■ 現在、薬を使用している *していない *使用している⇒【薬名】</p>	<p>■ 熱がある【 度】</p> <p>■ 胃が痛い ■ お腹が痛い ■ 食欲がない</p> <p>■ 咳が出る ■ 血圧が高い ■ めまい</p> <p>■ 頭痛 ■ 吐き気 ■ 健診再検査</p> <p>■ その他【 】</p> <p>現在、薬を服用していますか *服用していない *服用している ⇒【薬名】</p>
<p>出血がありますか【 ある ・ なし 】</p> <p>■ 排便時ティッシュに血が付く</p> <p>■ 排便時に血がポタポタと垂れる 【 量: 多い ・ 少ない 】</p> <p>■ 便の表面に血が付いている</p> <p>■ 便の中に血が混ざる</p>	<p>今までに下記の病気にかかった事がありますか</p> <p>■ 喘息 ■ 心臓病 ■ 糖尿病 ■ 胃潰瘍</p> <p>■ 肺炎 ■ 肝臓病 ■ 脳梗塞</p> <p>■ その他【 】</p>
<p>便秘がある【 ある ・ なし 】</p> <p>■ 何日も便が出ない</p> <p>■ 今現在、肛門近くに便があるが出ない</p> <p>■ いつも残便感がある</p> <p>排便回数 _____ 日間に _____ 回</p> <p>便の状態：硬い・普通・軟らかい・水様</p>	<p>胃カメラ・大腸カメラの検査を受けたことがありますか ない ・ ある ⇒【 年 月頃】</p> <p>今までに入院したことがありますか ない ・ ある ⇒【 年 月頃】</p>

既往 通院歴 その他

■ 現在通院している病院・クリニックが ない ・ ある ⇒【病院名】

■ 現在治療中である 【病名:】

■ アレルギーがある ない ・ ある ⇒【 】

■ アルコール 飲まない ・ 飲む ⇒【ビール・日本酒・焼酎・ mL】

■ 喫煙歴がある ない ・ ある ⇒【1日 本】

■ 身長 _____ cm 体重 _____ kg ※投薬時必要になります