



おおさわ胃腸肛門内視鏡クリニック品川 肛門科問診票

ふりがな お名前	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 歳			ご職業
住所	〒 -			自宅TEL
				携帯TEL
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 身長 cm 体重 kg 本日の体温 °C				

●本日はどうなさいましたか？

いつからですか？	月	日	時頃から
痛み <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> いつも痛む <input type="checkbox"/> 排便時だけ <input type="checkbox"/> 排便後に痛む <input type="checkbox"/> がまんできない <input type="checkbox"/> ときどき痛む <input type="checkbox"/> 違和感 <input type="checkbox"/> 以前痛かった（ 年前ころ）		
出血 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 排便時必ず <input type="checkbox"/> 排便の時以外にも <input type="checkbox"/> 紙につく程度 <input type="checkbox"/> ポタポタ落ちる <input type="checkbox"/> シャーっと走りでする <input type="checkbox"/> 血のかたまりがでる <input type="checkbox"/> 鮮血（真っ赤） <input type="checkbox"/> 黒褐色（どす黒い色）		
不快感 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> むずむずする <input type="checkbox"/> 排便後に重苦しい感じがある <input type="checkbox"/> 肛門のまわりが気持ち悪い <input type="checkbox"/> 大便が残っているような感じがある		
かゆみ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> 非常にかゆい <input type="checkbox"/> ときどきかゆくなる <input type="checkbox"/> 寝ている間にもかいている		
便通異常が ありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 便秘気味（ 頃から） <input type="checkbox"/> 常に便秘 <input type="checkbox"/> 粘液便 <input type="checkbox"/> 軟便（ 頃から） <input type="checkbox"/> 下痢気味（ 頃から） <input type="checkbox"/> 排便回数 日に 回 <input type="checkbox"/> 便が細い <input type="checkbox"/> 排便時間 分位 <input type="checkbox"/> 便秘と下痢を繰り返す（ 頃から） <input type="checkbox"/> 下剤を使っている（ 頃から）⇒お薬名：		
肛門の状態に 異常がありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 排便時にイボのようなものが出る その際、 <input type="checkbox"/> 自然におさまる <input type="checkbox"/> 指でおさなければ入らない <input type="checkbox"/> とび出してもとにもどらない <input type="checkbox"/> 歩いたり重いものを持つと出てくる <input type="checkbox"/> 肛門のまわりがタダレているような感じ <input type="checkbox"/> 肛門のまわりから分泌液が出る。または穴がある。		
大腸検査を受けた 事がありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	いつ頃（ 年 月頃） <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> バリウム検査 <input type="checkbox"/> 便潜血		
その他の症状			

裏面もありますので、よろしくお願いします。

● 今回の症状にたいしてどちらか病院・クリニックにかかりましたか？

はい ⇒ 病院・クリニック名[]
いいえ

● 今までに肛門の病気をしたことがありますか？

はい ⇒ いぼ痔 切れ痔 脱肛 痔瘻 肛門周囲膿瘍
いいえ いつ頃ですか_____年前

どんな治療をしましたか

売薬 医師からの投薬 注射 手術 放置した

● 今までにかかった病気または現在治療中の病気はありますか？

はい ⇒ 高血圧 高脂血症 糖尿病 脳卒中 肺炎 結核
いいえ 狭心症 心筋梗塞 不整脈 性病 貧血 がん
その他

● 今までに手術の経験はありますか？

ある ⇒ 病名：
なし いつ頃：

● 現在、飲んでいる薬はありますか？

ある ⇒ []
なし

*おくすり手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください。

● 薬のアレルギーはありますか？

ある ⇒ []
なし

● (女性の方へ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

はい
いいえ

● 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ (複数回答可)

*以前、記入されたことがある方は結構です。

近所・通勤・通学路なので、見たことがあった

インターネット [家の近くで検索 職場の近くで検索 沿線から検索
ネット広告を見て キーワード(肛門、品川など)を入れて検索]

ドラッグぱぱす、フィットネスに来て

3階の眼科・歯科に来て

ご家族・知人・職場の同僚などの紹介

他医療機関からの紹介

その他 ()