

肛門外科 問診票

年 月 日

氏名： _____

年齢： _____ 歳

●いつからどんな症状がありますか？

【症状】	【いつから】
<input type="checkbox"/> 痛み	(_____)
<input type="checkbox"/> 出血	(_____)
<input type="checkbox"/> 脱出	(_____)
<input type="checkbox"/> はれ	(_____)
<input type="checkbox"/> かゆみ	(_____)
<input type="checkbox"/> その他 (_____)	(_____)

●以前に肛門の病気を指摘されたことはありますか？

ある (いぼ痔 きれ痔 痔ろう その他(_____))
 ない

●以前に肛門の手術を受けたことはありますか？

ある (手術日： _____ 年 _____ 月頃 手術の内容： _____)
 ない

●排便状況を教えてください

・排便回数： _____ 日 に _____ 回
・1回の排便時間： 約 _____ 分
・便の硬さ： 硬い 普通 やわらかい 泥状 水様

◆今現在、治療中の病気はありますか？ あればお書きください。

(_____)

◆肛門以外の手術を受けられたことはありますか？ あればお書きください。

()

◆現在、内服中のお薬はありますか？ あればお書きください。

()

◆アレルギーはありますか？ ある () ない

◆タバコは吸われますか？

吸わない

現在吸っている (_____ 歳から 1日約 _____ 本)

以前吸っていた (_____ 歳から _____ 歳まで 1日約 _____ 本)

◆お酒は飲めますか？

飲まない 時々飲む ほぼ毎日飲む (種類 _____ 量 _____)

◆当院に来院されたきっかけを教えてください (複数回答可)

医師の紹介 知人の紹介 ホームページ 野立看板

チラシ 他疾患で当院に通院中 その他 ()

ご協力ありがとうございました。

やまむら乳腺・外科クリニック