

一般診療問診表

フリガナ

氏名： _____ 男・女 生年月日
大・昭・平・令 年 月 日
住所：〒 _____ 【才】
TEL： _____ ()
携帯： _____

☆いつから、どのような症状がありますか？

現在、治療中または通院中の病気はありますか？

あり →

なし

現在、服用中・使用中の薬はありますか？

あり →

なし

今までに大きな病気をしたことや、手術を受けたことがありますか？

あり →

なし

今までに薬、注射、食べ物でじんましんが出たことや、気分が悪くなったことがありますか？

あり →

なし

たばこは吸いますか？ 吸う→1日 本/約 年間・以前吸っていた・吸わない

お酒は飲みますか？ 飲む→毎日・ほぼ毎日・週 回・付き合い程度・飲まない

飲酒量→

女性の方

：現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？

あり →

ヶ月・可能性あり

なし

：現在、授乳中ですか？

はい → 中断可能ですか？ はい・いいえ

いいえ

肛門診療問診表

当てはまる症状に丸をつけ、いつごろ(から)か、またその詳細をお教えてください。

症状	いつ(から)	詳細
出血	いつ?	量: 多・中・少 便器が真っ赤・便器が少し染まる・紙につく程度 血の色は: 真っ赤・赤黒い・コールドタールのように黒い その他:
痛み	いつ?	強い・中程度・弱い 増強してきた・軽減してきた 排便時(後)・硬い便が出た時・座った時・洗浄時・夜間就寝中 排便に関係なく常にある その他:
脱出	いつ?	排便時(後)出てくるが自然に戻る・排便時出てきて押し込む 歩いているときにも出てくるが戻せる・常に出っ放し その他:
腫れ	いつ?	排便時(後)のみ・常に腫れている・腫れ感程度 その他:
できもの	いつ?	硬い・柔らかい・柔らかいが一部硬い・細かいものがたくさんある その他:
異物感 違和感	いつ?	
排便	現在の状況	便秘気味・排便回数 日 回・便秘と下痢を繰り返す・残便感 いきんでも便がでにくい 便の状態: 水様便・軟便・普通・硬便
その他	いつ?	

肛門の手術を受けたことがありますか?

いいえ

はい →

年

月

日

の手術

医療機関: