

# 質 問 表

記入日 年 月 日

ふりがな		年齢	性別	身長	体重
氏 名		才	男・女	cm	kg
郵便番号	〒	電話番号		職業	配偶者
住 所		自宅			有・無
		携帯			

【あなたの症状について該当するものに を付けてください】

	症 状			いつ頃からですか	
痛 み	痛くない	便をするとき痛い	我慢できる痛み	前から	
	いつも痛い	便をした後に痛い	痛くて座れない		
出 血	血は出ない	紙に血が付く	ポタポタ落ちる	前から	
	便に混じっている	便のまわりに付く			
	血の色	赤い	黒っぽい		
腫 れ	腫れていない	腫れている	腫れて熱を持っている	前から	
	しこりがある	肛門からイボのようなものが出る	いつも出ている		
	自然に戻る	排便後に押さなければ戻らない			
膿・粘液	出ない	出る	下着が汚れる	前から	
かゆみ	ない	時々かゆい	いつもかゆい	前から	
【気になる症状・心配なことがありましたらお書きください】					
排 便 習 慣 に つ い て	便回数	日に 回		排便時間	分位
	便の性状	ふつう便	硬い便	やわらかい便	下痢
		細くて出にくい	出始めだけ硬い	下痢と便秘をくり返す	
下 剤	のまない	時々のみ	いつものんでいる		
	下剤名(				)

裏面もお書きください



病気の診断や治療をするうえで大切なことです。正確に記入して下さい。

肛門の病気で治療を受けたことがあればお書きください

1. 手術をした                      2. 座薬・のみぐすりでの治療                      3. その他  
 年前                      病名(                      )                      病院名(                      )

今までに治療したことのある病気に                      をつけて下さい

- 高血圧                      糖尿病                      狭心症                      心筋梗塞                      脳梗塞  
 前立腺肥大症                      緑内障                      肝炎                      自律神経失調症                      ぜんそく  
 その他(                      )

現在治療中の病気があればお書き下さい

他の病院からの「お薬」や「おくすり手帳」をご持参の方は受付に提出して下さい

	病気または症状	いつごろから	病院名
1			
2			
3			
4			

アレルギーの有無について、どちらかを                      で囲み、(                      )の中にその名前を記入して下さい

1. 今まで麻酔をして具合が悪くなったことがありますか                      有                      無 (                      )  
 2. 薬物アレルギー                      有                      無 (                      )  
 3. 造影剤アレルギー                      有                      無 (                      )  
 4. 食物アレルギー                      有                      無 (                      )

その他、該当するものに                      をつけて下さい

1. アルコール類は飲みますか                      飲まない                      時々飲む                      毎日飲む  
 2. 喫煙しますか                      しない                      する

女性の方のみ、該当するものに                      をつけて(                      )の中にお書き下さい

1. 現在妊娠していますか                      いいえ                      はい                      わからない  
 2. 現在妊娠中の方(                      )ヶ月                      3. 出産回数(                      )回  
 4. 現在授乳中ですか                      いいえ                      はい

治療・検査に関して希望するものに                      をつけて下さい

1. 現在の苦痛症状が少しでもかくなればよい                      2. 大腸・直腸がんが心配なので検査をしたい  
 3. これを機会に完全に治したい                      4. その他(                      )

アンケートにお答え下さい			
当院を何で知りましたか			
知人がかかっていた(その方の御氏名                      )			
知人の御紹介	医師の御紹介	電話帳(タウンページ)	医療機関の広告、案内板等
近所に住んでいる	当院のウェブサイト	その他(                      )	