

# 《 肛門疾患問診票 》

	日付	令和	年	月	日
ID					
ﾌｶﾞﾅ				年齢	歳
氏名				男 ・ 女	

(1) 現状ある症状に○印をつけて下さい。

症 状 ( )

出 血 ( ない ・ 紙につく程度 ・ ポタポタ落ちる ・ 便器は真っ赤になる )

肛門痛 ( ない ・ ある )                      腫脹 ( ない ・ ある )                      かゆみ ( ない ・ ある )

脱 出 ( ない ・ 自然に戻る ・ 手で戻さなければならない ・ 戻らない )

(2) いつからですか (      日前から )

(3) これまでどのような治療をしましたか

治療せず ・ 治療した (                      )

(4) 一番最初に症状があったのはいつですか (      年前から )

(5) これまでに肛門の手術を受けたことがあれば、いつ、どんな手術を受けたか書いてください。

(6) 排便回数 (      ) 日に (      ) 回

便のかたさ ( 下痢 ・ 軟便 ・ 普通 ・ 硬便 ・ 便が細い ・ 下痢と便秘をくり返している )

便の色 ( 黄褐色 ・ 赤 ・ 赤黒い ・ 黒い )

(7) これまでに腸の検査をしましたか

していない ・ した ( いつごろですか                      )

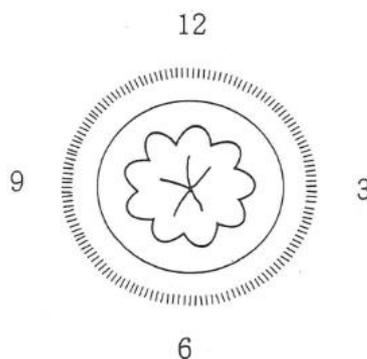
(8) これまでにどんな病気や手術をしましたか

していない ・ した (                      )

## 《 肛門疾患診察所見 》

視診・肛門鏡

- 発 赤
- 痔核 ( I° II° III° IV° )
- 直 腸 脱
- 粘 膜 脱
- ポリープ
- 裂 肛
- 血 栓
- 静 脈 瘤
- Skin tag
- 瘻 孔
- 痕 痕
- 腫 瘍



指 診

- 腫 瘍 ( あり ・ なし )
- 硬 結 ( あり ・ なし )
- 狭 窄 ( あり ・ なし )
- 弛 緩 ( あり ・ なし )
- 圧 痛 ( あり ・ なし )
- 肛門反射 ( あり ・ なし )
- 宿 便 ( あり ・ なし )
- 附着物 ( 血液 ・ 粘膜 ・ 膿 )
- ( 便の色 : 黄褐色 ・ 赤 ・ 暗赤 ・ 黒 )

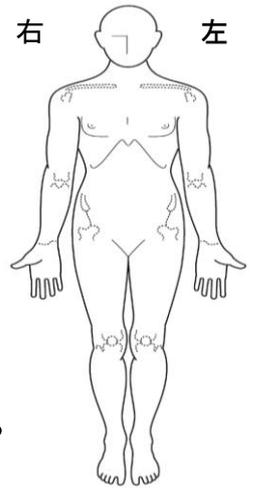
医師

# 問 診 票

(1)本日はどのような症状でこられましたか？症状または部位に○をつけてください。

体温(受付にて 度)

熱発・咳・痰・咽頭痛・鼻水・息苦しい  
腹痛・便秘・下痢・嘔気・嘔吐・吐血・黒色便  
血圧が高い・胸痛・動悸・背中が痛い・むくみ  
頭痛・しびれ・麻痺・しゃべりにくい・めまい  
紹介状持参・健診にて異常あり・発疹・かゆみ



上記症状を詳しく  
もしくは  
上記以外の症状

( )

(2)それはいつ頃からですか？ ( )

(3)下記の病気で治療中又は過去に治療を受けられたことはありますか？  
あれば○をつけて下さい。

高血圧症・腎臓病・心臓病・脳梗塞・脳出血・糖尿病  
前立腺肥大症・緑内障・喘息・肝臓病・結核・血液病  
悪性腫瘍(脳腫瘍・ 癌等)・その他手術等( )

(4)現在服用中のくすりはありますか？ いいえ・はい( 当院・他院 )

他院より頂いたお薬の名前を記入してください。または薬手帳のご提示をお願いします。  
( )

(5)この1ヶ月間に海外へ行かれたか？

いいえ・はい 場所( ) 帰国日( / )

(6)家族・学校・職場などにて、下記の病気の方はおられますか？ あれば○をつけてください

新型コロナウイルス・インフルエンザ・ノロウイルス・おたふくかぜ  
麻疹・風疹・水痘(みずぼうそう)・その他感染症等( )

(7)お薬や食べ物でアレルギーを起こされた事がありますか？

いいえ・はい ( )

(8)希望する診療科または医師はおられますか？ いいえ・はい ( )

(9)飲酒や喫煙はされますか？ いいえ・飲酒( )・喫煙(1日 本 / 年)

(10)女性のみ・・・ 該当なし 妊娠中(予定日 年 月 日)・妊娠の可能性あり・授乳中・生理中

(11)内科受診の方のみ・・・ 本日の診察でインフルエンザ検査を希望されますか？

はい(検査は 初めて )・いいえ ※発症後24時間経過しないと正確な結果が出ない場合があります。  
また2回目(他院1回目含む)以降の検査費用は自費となります。

(病院側記入欄)インフル施行者 印

日 付 令和 年 月 日

患者名 ( 歳) 男・女

記入者 (続柄 )

診 療 申 込 書		受診日 令和 年 月 日	
ふりがな		性 別	旧 姓
氏 名	姓 名	男 ・ 女	
生年月日	M T S H R 年 月 日	年齢	歳
現 住 所	〒 —		
	ふりがな 都 道 府 県 市		
連絡先① ( )	— —	連絡先② ( )	— —
病院使用欄 ID		※連絡先が、本人以外に繋がる場合は、 関係を( )内に記載をお願いします。	

-----