

札幌フィメールクリニック ♡ 肛門科問診票

来院日 平成 年 月 日

下記の質問に回答しチェックを付けてください。お分かりになる範囲でご記入ください。

なお、♡マークはカルテ（診療録）作成のための必須項目となっております。

(フリガナ)	<input type="text"/>	↓①は連絡が付きやすい番号を
♡ お名前	<input type="text"/>	♡ 電話① <input type="text"/>
♡ 生年月日	(大・昭・平) 年 月 日	電話② <input type="text"/>
♡ 住所 〒	<input type="text"/>	
♡ EMAIL	<input type="text"/>	

1.症状について

① 痛み ない

ある; 排便時 排便と関係なく 軽い痛み 激しい痛み

いつから:()

② 出血 ない

ある; 排便時だけ 排便時以外も 紙に血が付く ポタポタ落ちる

血の固まりが出る ※血の色 (赤い 黒っぽい)

いつから ()

③ 脱出 ない

ある; いつでも出っぱなし 排便の時にでる 自然にもどる 指でもどす

④ 腫れ ない ある; いつから()

⑤ かゆみ ない

ある; いつも 時々 夜間

いつから()

⑥ その他

下着が汚れる (便 膿 粘液 血液 その他)

便が濡れることがある 臭いが気になる

便が出ない (いつから:)

その他 ()

※裏面もお願いいたします。

⑦ 排便習慣

- ・排便回数（ _____ 日 _____ 回 ） 規則的 不規則
- ・排便所要時間（ _____ 分くらい ）
- ・便の症状；
 - ふつう便 かたい便 やわらかい便 下痢便 細くて出にくい
 - 出始めだけかたい 下痢と便秘をくり返す
- ・普段は下剤を使っていますか いいえ はい(薬剤名： _____)
- ・洗浄用トイレ（ウォシュレット）を使用しますか する しない

⑧ 過去に肛門の病気で治療したことがありますか ない ある

※ある方

- ・治療： 手術を受けた 薬による治療を受けた 市販薬で対応
- ・病名： いぼ痔 切れ痔 痔ろう その他（ _____ ）

2. 既往症について 現在、治療中又は過去に治療を受けた病気についてご記入してください。

- ・病名または症状：（ _____ ） 通院中 治療終了
- ・病名または症状：（ _____ ） 通院中 治療終了

※お薬手帳をお持ちでしたら診察の際にご提示ください。

3. アレルギー・嗜好品について

①今までに麻酔をして具合が悪くなったことがありますか

ない ある（ _____ ）

②薬物アレルギー ない ある（ _____ ）

③食物アレルギー ない ある（ _____ ）

④アルコール類は飲みますか 飲まない 飲む（ 毎日 時々 ）

⑤喫煙しますか する しない

4. 妊娠・出産の経験について

①現在、妊娠中ですか いいえ 分からない はい(妊娠 _____ ヶ月 出産予定日 _____ 月 _____ 日)

②現在、授乳中ですか いいえ はい

③出産経験はありますか いいえ はい

その他、医師に相談したい症状はありますか？

ない ある（ _____ ）

最後に、当クリニックを知ったきっかけを教えてください。

インターネット検索 Facebook Twitter LINE Google+

新聞／雑誌（ _____ ） 家族・知人の紹介

クリニック看板 その他（ _____ ）

ご協力ありがとうございます。