

服用中のお薬（あり・なし）
お薬手帳（あり・なし）

質 問 表

記入日

(ふりがな) _____		年齢	性別	身長	体重
氏名			男・女	cm	kg
〒 () - ()		TEL 自宅 _____		配偶者	有・無
住所		携帯 _____		職 業	

【当てはまるところを○で囲み、いつからか () にお書き下さい】

痛 み	ない	ある	いつから () 排便の時 軽い痛み	排便と関係なく 激しい痛み	
出 血	ない	ある	いつから () 排便時だけ 紙に血がつく *血の色 (赤い	排便時以外も ポタポタ落ちる 黒っぽい)	血の固まりがでる
脱 出	ない	ある	いつから () いつもでっぱなし 自然にもどる	排便の時にでる 指でもどす	もどらない
腫 れ	ない	ある	いつから ()		
かゆみ	ない	ある	いつから () いつも	時々	夜間
その他	下着が汚れる ⇒ 便・膿・粘液・血液・その他 () 便が漏れることがある 臭いが気になる 便がでない ⇒ いつから () その他 ()				

【気になる症状・心配なことをお書き下さい】

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	
	便の性状	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 (薬品名)					
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	

裏もご記入下さい

【現在治療中の病気があればお書き下さい】

病名または症状	通院している病院

◆次の質問にお答え下さい

- 1) 肛門の病気で治療または手術をしたことがありますか (手術した・手術してない)
- 2) 手術をした肛門の病名はなんですか (脱肛・じろう・)
- 3) 今までに治療したことのある病気を○で囲んで下さい
 緑内障 狭心症 前立腺肥大症 高血圧 脳梗塞
 糖尿病 心筋梗塞 自律神経失調症 肝炎 ぜんそく
 その他 ()
- 4) 大腸内視鏡検査を受けたことがありますか ない・ある (年 月頃)
- 5) 便潜血反応の検査を受けたことがありますか ない・ある (年 月頃)

◆どちらかを○で囲み、() 内にその薬品名などをお書き下さい

- 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 ない・ある ()
- 2) 薬物アレルギー ない・ある ()
- 3) 食べ物アレルギー 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 しない する

◆女性の方のみお答え下さい

- 1) 現在妊娠中ですか いいえ はい (妊娠 ヶ月) わからない
- 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

◆どのような治療をのぞみますか？希望するものに○をつけて下さい

1. 手術
2. 手術以外の治療
3. 大腸検査
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 (その方のご氏名 _____)
- 知人のご紹介 医師のご紹介 電話帳 (タウンページ) 近所に住んでいる
- 当院のホームページ 医療機関の広告、案内板等 その他 (_____)