問診票（肛門科）（記入日　　年　月　日）

ふりがな		年　　月　　日
患者氏名		

●現在気になる（困っている）症状は？（複数回答可）

□肛門痛　　□肛門から離れたところが痛い　　□肛門からの出血
□肛門からの脱出感　→（□自然に戻る　□手で戻さないと戻らない）
□肛門の腫れた感じ　□肛門不快感、違和感　　□ウミが出る
□便が出にくい感じがする（肛門に何かできていないか心配）
□肛門の見た目が気になる　□肛門がかゆい
□その他（　　）

●上記のうちいちばん困っている症状を　◯　で囲んでください

●その症状はいつごろから気にしていましたか？

（　　）

●便秘はありますか？　（□　はい　□　いいえ　）

●長時間座りっぱなしのことが多いですか？　（□　はい　□　いいえ　）

●最近、当院に来る前に別の病院で診察を受けましたか？（□　はい　□　いいえ　）

どこの医療機関で？（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院・医院・クリニック）
病名は何と言われましたか？
（□痔核（いぼ痔）　□痔ろう／肛門周囲膿瘍　□裂肛（切れ痔）　□その他　）
なにか治療を受けましたか？（□　はい　□　いいえ　）

●昔、おしりの病気で治療したことはありますか？（□　はい　□　いいえ　）

その時の病名は？（□痔核　□痔ろう／肛門周囲膿瘍　□裂肛　□その他　）
それはいつ頃どこの病院で治療を受けましたか？
いつ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿／どこ　当院・他院（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

●今回の受診に際し大腸の病気が心配（大腸の検査をうけてみたい）ですか？

（□　はい　□　いいえ　□　わからない）
☑はいの場合どちらの検査がご希望ですか？（□大腸 CT　□大腸カメラ　□わからない）

大変お手数おかけしました。ありがとうございます。
後ほど診察室よりお呼びいたしますのでしばらくお待ちください。

（医）清　名　台　外　科