

肛門疾患問診表(裏)

他の医療機関からの紹介状を持参していますか？	1. 有る	2. 無い
以前も肛門の病気になった事がありますか？	1. 有る	2. 無い
(イ)いつ頃ですか？	____年前	____才頃
(ロ)その時は治りましたか？	1. 治った	2. 治らない
(ハ)どんな治療をしましたか？	1. 売薬	2. 医師からの投薬
	3. 手術	
	4. 注射	5. そのまま放っておいた
	6. その他 (_____)	
(ニ)その時の病名をご存知でしたら記入して下さい。(_____)		
(ホ)通院された病院名と期間を記入して下さい。	1. 当院 期間 (_____ ~ _____)	
	2. その他「 _____ 」 _____ ~ _____	
他の病気をされた事がありますか？		
1. 高血圧	2. 糖尿病	3. 肝臓病
4. 腎臓病	5. 心臓病	6. 結核
7. 性病	8. 婦人科疾患	9. 泌尿器疾患
10. 胃腸疾患	11. 強度の貧血	
12. 神経疾患	13. その他 (_____)	
現在かかっている病気がありますか？	1. 有る	2. 無い
(イ)病名を記入して下さい。(_____)		
(ロ)現在治療を受けていますか？	1. いる	2. いない
(ハ)いつから治療を受けていますか？ (_____)		
(ニ)現在服用中の薬がありますか？	1. 有る	2. 無い
この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？ (マイナ保険証による情報取得に同意した方は記載省略)		
	1. 有る	2. 無い
血縁者で、ガンを患った方がいますか？	1. 有る	2. 無い
血縁者で肛門疾患にかかった方がいますか？	1. 有る	2. 無い
出血しやすい体質とか、血が止まりにくいと言われた事がありますか？		
	1. 有る	2. 無い
今まで麻酔を受けた事がありますか？	1. 有る	2. 無い
アレルギーと言われた事がありますか？	1. 有る	2. 無い
薬を飲んだり、注射をした後で気分が悪くなったり、発疹が出た事がありますか？		
	1. 有る	2. 無い
医師に禁止された薬がありますか？	1. 有る (_____)	2. 無い
輸血を受けた事がありますか？	1. 有る	2. 無い
次の項目に当てはまりますか？		
1. 不眠	2. いびき	3. 日中の眠気
4. 動悸	5. くしゃみ→失禁	6. 頻尿
7. 便またはおならが我慢出来ない		
いつから症状がありますか？ (_____)		
女性の方 妊娠又はその疑いがありますか？	1. 有る (現在 _____ ヶ月)	2. 無い
現在授乳中ですか？	1. 授乳中である	2. 授乳中でない
分娩回数は何回ですか？ (_____ 回)		
マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？(薬剤情報、特定健診等)		
	1. した	2. していない
その他 何かお気づきの事がありましたらご記入ください。		
当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。		