|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

問診票（外来）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 携帯電話 | ―　　　　　　― |
| 住所＊変更ある場合ご記入ください | 〒 |

●来院目的を教えてください。

□肛門　□胃　□大腸　□排便障害　□定期検査　□静脈瘤　□その他

いつ頃から（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

どのような症状ですか（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●現在、通院中の病気がある方は教えてください。□あり　□なし

□糖尿病　□脳梗塞　□高血圧　□高脂血症（コレステロール）

|  |  |
| --- | --- |
| 薬情提出 | コピー済　・　提出済当院　　・　　無 |
| 後日FAX　・　TEL |
| 薬情ｻｲﾝ |  |

□心臓病（　　　　　　　　　　）

□緑内障　□前立腺肥大　□腎臓病

□喘息（　　　　　　　　　）

□その他（　　　　　　　　　　　　　）

●当院以外で手術を受けたことがあれば教えてください。

いつ頃（　　　　　　　　　　）　病名・手術名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●抗血栓薬（血液をサラサラにするお薬）は飲んでいますか。

□なし　□あり（お薬名：　　　　　　　　　　）

●アレルギーがありますか。

□なし　□あり（どのような時に出ますか？　　　　　　　　　　　　　　　　）

○大腸や胃の内視鏡検査等を受けたことはありますか。

大腸内視鏡検査 ・ 大腸ＣＴ検査 ：　　　　年　　　　月

胃内視鏡検査 ・ 胃バリウム検査 ：　　　　年　　　　月

|  |
| --- |
| 排便： ① ・ ② |

○排便習慣について教えてください。

排便回数：　　　日　　　回

便の硬さ：□普通　□硬い　□下痢　□軟便～泥状（泥便）

下剤使用：□あり　□なし

●身長（　　　　　　㎝）　●体重（　　　　　　㎏）

●女性の方にお聞きします。

|  |  |
| --- | --- |
| スタッフサイン |  |

□妊娠中（　　　　　週／予定日：　　　　月　　　　日）　□授乳中　□いずれもなし