大腸疾患問診票

令和　　年　　月　　日　記入

ふりがな	生年月日	昼間の連絡先
氏名	T・S・H・R　年　月　日　　歳	TEL
住所（自宅）〒　　―	電話（自宅）	

1. 今までに腸の病気で診察、検査、治療などを受けられたことがありますか。
   ① 初めて　②受けた　→大腸検査　（ 透視・カメラ・CTC ）　年　月頃
   大腸ポリープ切除（ 当院・ 他医 ）　年　月頃
   その他（　　）（ 服薬・ 注射 ）　年　月頃
2. 1で②に当てはまる方、○を入れてください。
   前回の検査（ 楽だった ・ 普通 ・ **しんどかった** ・ 覚えていない ）
3. 当てはまる症状の番号に○をつけて下さい
   0. 特になし　5. 最近便が細くなった　10. 体重が減った(　　k g)
   1. おなかがはる　6. 便秘と下痢の繰り返し　11. その他
   2. 下血・便に血がまじる　7. 下痢している　（　　）
   3. 黒い便がでる　8. 便秘している
   4. 痔がある　9. 下剤服用している
   以上の症状は（　月　日の 朝 ・ 昼 ・ 夜 ）から続いている。
4. 今回、大腸カメラをお受けになる理由を教えてください
   （ ）便に血液が混じっていた、便潜血陽性といわれた
   （ ）以前にポリープあり、または切除をし経過観察のため
   （ ）その他（　　）
5. 腹部の手術を受けたことが （ ない ・ **ある** ）
   具体的に：　　年頃　　の手術)
6. 次に当てはまる所に○を入れてください。
   ・なし ・心疾患（ 不整脈 ・ 狭心症・ 心筋梗塞 ・ **ペースメーカー装着** ）
   ・緑内障（ 開放隅角 ・ 閉塞隅角 ・ その他 ・ 不明 ）
   ・前立腺肥大（ 症状なし ・ 症状あり： 治療中・ 未治療 ・その他)
   ・喘息　・腎機能低下
   薬剤アレルギー（具体的に：　　）

※ペースメーカー装着の方は高周波でのポリープ切除はできません。

7. 治療中の病名（　　）
8. 治療中の薬剤名（　　）
9. 出血すると止まりにくいと言われたことがある （ ない ・ **ある** ）
10. 女性の方にお聞きします。現在 妊娠して （ いない ・ **いる** ・ **可能性あり** ）
    授乳して （ いない ・ **いる** ）