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、〇を入れてください。
   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〇をつけて下さい
   0. 特になし　　5. 最近便が細くなった　　10. 体重が減った(　　kg)
   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〇を入れてください。
   ・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　）