フリガナ
氏名：　　年齢：　　身長：　　体重：
現住所：〒

職業：　　連絡先電話番号：
当院をお知りになったきっかけは（該当項目に〇をお願いします）
1:以前から知っていた.
2:家族，知人の紹介で　支障なければその方のお名前を
3:広告を見て　看板，タウンページ，インターネット，その他
【肛門疾患について】
★これまでに肛門疾患の診察を受けたことがありますか.　ある　ない
ある場合その施設名：　　受けた診断名：

★今までに肛門の手術を受けた事がありますか　　ある　ない
ある場合その病名：

★主な症状は以下のいずれですか．該当するものに〇をして下さい.
痛み，出血，腫れ，排便時の脱出，常時脱出，かゆみ，違和感，残便感
【排泄状況について】
★排便回数は　　日に　　回
★便秘と思う方は何に気を付けていますか.

★便の硬さは　極めて硬い（コロコロ），棒状（バナナ様），軟らかい，泥状，水状
★下剤（市販薬，病院でもらった薬）を服用している方はその名前：

★排便後は洗浄していますか.　　はい　いいえ
★自宅に洗浄機つき便器はお持ちですか.　はい　いいえ
【薬について】
★今服用している薬がある場合，その名前をすべて記入して下さい．お薬手帳があれば記入の必要はありませんので受付にお渡し下さい.
薬の名前：

【現在，過去の病気について】
★これまで何か大きな病気をしたこと，入院したことがある場合はその病名

★今何か病気がある場合，その病名：

★肝炎があると言われたことはありますか.　　ある　ない
ある場合　A 型，B 型，C 型　　治療は済みましたか.　はい　いいえ

★狭心症，心筋梗塞がありますか.　　ある　　ない
ある場合，ステントは留置されていますか.　　はい　　いいえ
★心房細動，その他の不整脈はありますか.　　ある　　ない
★ワーファリン，プラザキサ，バイアスピリン，プラビックス，パナルジンなど血液が固まりにくくなる薬を服用していますか　　はい　　いいえ
★高血圧がありますか.　　ある　　ない
★脳梗塞，脳出血を起こしたことがありますか.　ある　　ない
ある場合現在の治療方法：
★糖尿病はありますか.　　ある　　ない
★胃潰瘍，十二指腸潰瘍はありますか.　　ある　　ない
★腎臓病はありますか.　　ある　　ない
★（男性のみ）前立腺肥大の治療を受けていますか.　　いる　　いない
★目の病気で緑内障の治療を受けていますか.　　いる　　いない
★喘息はありますか.　　ある　　ない
★不眠症はありますか　　ある　　ない　　飲んでいる薬の名前：
★睡眠時無呼吸症候群がありますか.　　ある　　ない
★痛み止め，かぜ薬の服用などで喘息発作を起こしたことがありますか.ある　　ない
★手術やケガの際，血が止まりにくいことがありましたか.　　ある　　ない
★神経，精神疾患はありますか.　　ある　　ない
ある場合その病名：
★体に不自由な部分はありますか.　ある　　ない
★薬のアレルギーがありますか.　　ある　　ない
ある場合，その薬の名前：
【手術，麻酔歴について】
★今まで何か手術を受けたことがありますか.　　ある　　ない
ある場合はその病名：
★ケガの処置や手術の際の麻酔を受けたことがありますか.　　ある　　ない
ある場合　　全身麻酔　　脊椎麻酔　　局所麻酔
その時，気分が悪くなりましたか.　　はい　　いいえ
その時，蕁麻疹，息苦しさがでましたか.　　はい　　いいえ
★虫歯の治療で麻酔を受けたことがありますか.　　ある　　ない
その時，気分が悪くなりましたか.　　はい　　いいえ
その時，蕁麻疹，息苦しさがでましたか.　　はい　　いいえ
【女性のみ】
★妊娠している可能性がありますか.　　ある　　ない
★妊娠している場合何か月ですか.　　か月
★授乳中ですか.　　はい　　いいえ
【希望事項】
★診察，治療についてご希望のことがありましたらご記入下さい.