記入日　平成　　年　　月　　日

ふりがな
名　前　　様　　年　齢　　才　　生年月日　M・T・S・H　　年　　月　　日
〒
住　所　　電話番号

●自覚症状について伺います。（あてはまる項目に○をつけてください）

1.肛門が痛みますか。　いいえ　・　はい　・　ときどき

2.出血しますか。　いいえ　・　はい　・　ときどき

3.はれて脱肛しますか。　いいえ　・　はい　・　ときどき

4.下着が汚れますか。　いいえ　・　はい　・　ときどき

5.熱がありますか。　いいえ　・　はい（　　℃くらい）／いつごろから？（　　日前より）

6.肛門の周囲がかゆいですか。　いいえ　・　はい　・　ときどき

7.腹がはりますか。　いいえ　・　はい

8.腹が痛みますか。　いいえ　・　はい

9.症状はいつごろからですか。　（　　）

●便通について伺います。

回数　＿＿＿＿＿日に　＿＿＿＿＿　回ある。

排便に要する（トイレにいる）時間　＿＿＿＿＿　分くらい。

●治療歴について

肛門の治療をうけたことがありますか。　いいえ　・　はい

「はい」に○をつけた方に伺います。

・薬を服用したことがある（　座薬　・　内服薬　・下剤　）

・手術を受けたことがある（いつ　　）
（どこで　　）

●他の病気について

いままで入院したことや手術をしたことがありますか。

ない　・　ある（何歳頃　　／病　名　　／病院名　　）

●現在通院している病院はありますか。

ない　・　ある（病院名　　／病　名　　／内服薬　　）

●今まで薬を飲んで身体にあわなかったことはありますか。

ない　・　ある（症　状　　）

●当院に来院されたきっかけは何ですか。

ホームページ

※※お手洗いにウォシュレットがございます。診察の前にご利用くださいますようお願いいたします。
（使い方が不明な方は、受付にお申し付けください）

ＨＴ　　ｃｍ　ＷＴ　　ｋｇ　ＢＴ　　℃　ＢＰ　　／　　ｍｍＨｇ