記入日　令和　　年　　月　　日

ふりがな
名　前　　様　　年　齢　　才　　生年月日　M・T・S・H　　年　　月　　日

〒　　※携帯電話お持ちの方は携帯番号もご記入下さい

住　所　　電話番号

●自覚症状について伺います。（あてはまる項目に〇をつけてください）

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」に〇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　　）

●マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。　（　はい　・　いいえ　）
※当院は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

●当院に来院されたきっかけは何ですか。

家族・知人の紹介・医師の紹介・看板・電話帳・チラシ・広告・ホームページ・その他

※※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