

・今回の受診にあたり特に心配なことや、希望はどれですか？ ( )痔が心配 → ( )必要であれば手術も考えている ( )大腸癌が心配 → ( )内視鏡検査等を希望する ( )両方が心配		<b>肛門のしこり</b> ・ある ・なし	いつから ( ) 部 位 左・右・前・後・肛門部 肛門の周り・肛門の奥
・下記の症状で一番気になる症状はどれですか？ 出血・脱出・痛み・腫れ・かゆみ・肛門のしこり 熱感・分泌物・腹部症状・便通異常・体重減少(やせてきた)		<b>発熱</b> なし/ある→いつから( ) 本日の体温( )℃	いつから ( ) 何 が 膿・粘液・粘血便 どこから 肛門内より・肛門の周囲より
<b>出 血</b> ・ある ・なし	いつから ( ) 程 度 紙に付く・ポタポタたれる・ほとばしる 色 真っ赤・赤黒い・黒い	<b>腹部症状</b> ・ある ・なし	症 状 腹痛・腹のしこり・腹がはる いつから ( ) 部 位 ( )
	状 態 排便の前に・便に混じって・便に付いて 排便の後で・排便とは関係なく		<b>便 通</b> 日 回 硬便・普通・軟便・下痢便 下剤等の使用 あり・なし 薬品名( ) 日に 回
<b>脱 出</b> (イボの様な物が出る) ・ある ・なし	いつから ( ) どのくらい 全周・半分・一部 どんな時 排便時・しゃがんだ時・歩く時・いつも	<b>排便時間</b> 3分位・5分位・10分位・15分位・20分以上	<b>排便状態</b> 便秘気味・下痢気味・便秘と下痢が交互 残っている感じがする・肛門が狭い感じがする 出たい感じが続く・特に問題を感じていない
	戻り具合 自然に戻る・指でもどす 肛門を拭く時戻す・戻らない		
<b>痛 み</b> ・ある ・なし	いつから ( ) どんな時 排便時・排便後・いつも 長く座ったりした時・体を動かした時 部 位 左・右・前・後・肛門部 肛門の周り・肛門の奥	<b>体重減少</b> なし/ある→(約 kg減った)1年位で・6ヶ月位で・1ヶ月位で	・これまでに大腸・肛門科の診察を受けたことがありますか？ なし・ある { いつ(昭・平・令 年 月頃) どこで( 県 病院・医院)
	どのくらい 軽い・重苦しい・鈍い ズキズキ激しい・痛がゆい		・肛門の手術を受けたことがありますか？ なし・ある { いつ(昭・平・令 年 月頃) どこで( 県 病院・医院)
<b>腫 れ</b> なし・ある { いつから( ) どの辺( )	・大腸内視鏡検査を受けたことがありますか？ ・ある { いつ(昭・平・令 年 月頃) → 異常なし どこで( 県 病院・医院) 異常あり ↴ ・なし ・その時、医師からどの様な診断を受けましたか？ ポリプ・癌・憩室・その他( )		
<b>かゆみ</b> ・ある ・なし	いつから ( ) 程 度 少し・ひどい		
	どのな時 いつも・夜間・排便時・入浴時		

<p>・大腸・肛門が悪くなってからの経過を教えてください。</p>	<p>・現在、心療内科・精神科の治療を受けていますか？</p> <p>いいえ ・ はい { いく ( ) どこで ( ) わかれば病名 ( )</p>																								
<p>・血縁の方に大腸や肛門の病気の方がいらっしゃいますか？ いない・いる → 続柄 ( ) ・病名 ( )</p>	<p>・これまでに、心療内科・精神科の治療を受けたことがありますか？ 通院治療 ・ 入院治療 (どちらかに○をしてください)</p>																								
<p>・次のうち診断・治療を受けたことのある病気に○をつけてください。 心筋梗塞 狭心症 高血圧 糖尿病 高脂血症 気管支喘息 脳梗塞 脳出血 癌 ( ) リウマチ 貧血 その他 ( )</p>	<p>なし ・ ある { いく ( ) どこで ( ) わかれば病名 ( )</p>																								
<p>・現在、使用している薬があれば記入して下さい。 (血液をサラサラにする薬・血圧の薬・血糖を下げる薬・睡眠薬・抗不安薬・その他)</p> <p>※お薬手帳をお持ちでしたら拝見させてください。</p>	<p>・これまでにご自身が次の病気の指摘を受けたことがありますか？</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>検査歴なし</td> <td>検査歴あり</td> <td>指摘をうけたこと</td> </tr> <tr> <td>B型肝炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→ (ある・なし)</td> </tr> <tr> <td>C型肝炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→ (ある・なし)</td> </tr> <tr> <td>その他の肝炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→ (ある・なし)</td> </tr> <tr> <td>エイズ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→ (ある・なし)</td> </tr> <tr> <td>梅毒</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→ (ある・なし)</td> </tr> </table>		検査歴なし	検査歴あり	指摘をうけたこと	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ (ある・なし)	C型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ (ある・なし)	その他の肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ (ある・なし)	エイズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ (ある・なし)	梅毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ (ある・なし)
	検査歴なし	検査歴あり	指摘をうけたこと																						
B型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ (ある・なし)																						
C型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ (ある・なし)																						
その他の肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ (ある・なし)																						
エイズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ (ある・なし)																						
梅毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ (ある・なし)																						
<p>・内服薬・注射薬・麻酔薬・歯科での麻酔等でアレルギー反応をおこしたことがありますか？ いいえ ・ はい (薬剤名 )</p>	<p>・これまでにご家族が上記の病気の指摘を受けたことがありますか？ いいえ ・ はい (病名 続柄 )</p> <p>※治療に当たり大切なことですので、正確にお答えください。</p>																								
<p>・日頃飲酒はされますか？ 毎日飲む ・ 週に数日飲む (週 日) ・ 全く飲まない</p> <p>・1日どのくらい飲みますか？ ビール 350 缶 ( 本) ・ ビール 500 缶 ( 本) 焼酎・ウィスキー ( 杯) 日本酒 ( 合) その他 ( )</p>	<p>・女性の方にお聞きします。現在、妊娠中あるいは授乳中ですか？ いいえ ・ 妊娠中 ( ヶ月) ・ 授乳中 ( 年 月出産)</p> <p>・職業を教えてください。 職業 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 立ち仕事が多い <input type="checkbox"/> 重い物を運ぶ事が多い <input type="checkbox"/> 座り仕事が多い <input type="checkbox"/> 腹圧のかかる様な仕事が多い</p>																								
<p>・輸血を受けたことがありますか？ いいえ ・ はい ( 年 月頃)</p>	<p>・信仰宗教はありますか？ いいえ ・ はい ( )</p>																								

マイナンバー保険証による質問項目です。必ずご回答ください。

- ◆ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？  はい  いいえ
- ◆ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？  はい  いいえ
- ◆ この1年間で特定検診及び高齢者健診を受診しましたか？  
 はい【受診時期： 月頃/ 指摘事項： 】  いいえ

【医療情報取得加算について】

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・活用するため、マイナ保険証の利用に御協力をお願いいたします。

- ・初診時 1点
- ・再診時 1点(3ヶ月に1回算定)