

問診表

年 月 日

ふりがな

お名前： _____ 男・女 生年月日： _____ 年 月 日

① 受診理由をお聞かせください（いつから、どのような症状が、体のどの場所におきているか）

詳しくお書きください

② 治療中の病気がありますか？ はい ・ いいえ

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心疾患 ・ 脳疾患 ・ 腎疾患 ・ 呼吸器疾患 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障

③ 内服薬されている薬がありますか？ はい ・ いいえ

お薬手帳をお持ちですか？ はい ・ いいえ

④ 手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

⑤ 血縁者の方に癌や腸の病気の方はおられますか？ はい ・ いいえ

⑥ 薬剤、食べ物や金属などのアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

⑦ 排便でお悩みの方はチェックしてください。

便・ガス・粘液が漏れる あり ・ なし 排便がづらい(排便困難感) あり ・ なし

便が残っている あり ・ なし 排便前後にお腹が痛い あり ・ なし

排便回数： _____ 日 / _____ 回 排便に要する時間： _____ 分

便の硬さ： コロコロ ・ 硬い ・ やや硬い ・ 普通 ・ やや軟らかい ・ 泥状 ・ 水様

⑧ 女性の方のみチェックしてください。

妊娠もしくは妊娠の予定がありますか？ あり ・ なし 授乳されていますか？ あり ・ なし

出産したことがありますか？ あり(経膈分娩 _____ 回 ・ 帝王切開 _____ 回) ・ なし

⑨ ご希望・ご要望があればお書きください。