

患者様へ

年 月 日

下記問診にお答え下さい。

ふりがな	男 ・ 女
氏 名	

1. 現在、毎日飲んでいる薬はありますか？（あり・なし）  
2. その薬は何の薬ですか？（例、血圧の薬、心臓の薬など）

3. 次の病気にかかったことはありませんか？（該当するものに○印をつけて下さい）
- |                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| *心臓、肺、肝臓、腎臓の病気             | *その他                           |
| *脳出血、脳梗塞、高血圧、緑内障           | *輸血を受けた事（あり・なし）                |
| *ケガ、抜歯で血が止まりにくい<br>（あり・なし） | *薬、注射によるアレルギー<br>・あり(薬品名 ) ・なし |

4. 今までに受けられた手術をご記入下さい。

- |                                     |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| 5. 具体的な仕事の内容( )<br>(立ち仕事・座り仕事・車の運転) | 6. 下剤の使用<br>・あり(薬品名) |
| 7. 身長( )cm 体重( )Kg                  |                      |
| 8. 出産経験(あり・なし) 妊娠中( )カ月             |                      |
| 授乳中( / 出産)                          | ・なし                  |

9. 飲酒（もともと飲まない、やめた、時々飲む）  
毎日飲む（酒 合）（ビール 本）（ウイスキー 杯）

10. 排便の状態  
(普通の便、硬い便、軟らかい便、下痢)  
(便の残った感じがある、肛門が狭いと感じる)  
便の回数 毎日1回 ( )日に( )回  
排便の時間(3分以内、5分位、10分位、15分位、20分以上)

11. 本日の受診の目的  
(診察、手術希望、検査希望、薬希望)  
(その他 )

12. 家田病院大腸検査センターに受診されたことがありますか？  
あり → いつ頃( 年 月頃)  
なし

ありがとうございました。