

ふりがな

生年月日: 年 月 日 性別: 男・女

お名前: _____

電話番号: _____

〒(-)

住所: _____

① 当院を受診したきっかけを選んで○で囲んでください(複数可)。

・病院ホームページ ・グーグル ・フェイスブック ・知人の推薦 ・医師の推薦 ・EPAERK ・なし

② 受診の理由をくわしくおしえてください(いつから、どのような症状が、どこにおこっているか)。

[]

③ 過去に手術の経験(特に腹部肛門)があればいつ頃にどの部位を手術したかお書きください。

[]

④ お薬手帳をおもちですか? (はい・いいえ・持っているが持参してない)

⑤ 治療中の病気で当てはまるものに○をしてください。

糖尿病 高血圧 心疾患 脳疾患 腎疾患 呼吸器疾患 前立腺肥大 緑内障

その他 []

④ 2親等以内(祖父母 兄弟 孫)の血縁者にガンや腸の病気の方がいればお書きください。

[]

⑤ 薬剤のアレルギーがあれば詳しくお書きください。

[]

⑥ 便通異常のある方はお書きください。

- ・便の漏れ症状(あり・なし) ・便の排出困難(あり・なし)
- ・排便回数: _____日に_____回の排便 ・排便に要する時間: _____分
- ・残便感(あり・なし) ・排便前後の腹痛(あり・なし)
- ・以下の絵の中から自分の便に多いタイプに○してください(複数可)。



コロコロ



硬い



やや硬い



普通



やや柔らかめ



泥状



水様

⑦ 女性の方のみお書きください。

- ・授乳(あり/なし) ・妊娠の可能性(妊娠_____ヶ月/なし)
- ・出産歴: 経膈分娩_____回 帝王切開_____回 ・吸引/鉗子分娩(あり・なし)

⑧ 今日特に知りたいこと・希望等があればお書きください。

[]