

お名前
フリガナ：

漢 字： _____ 様（男・女）

生年月日：（明・大・昭・平） _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

住所：〒 _____ - _____

ご連絡先 電話番号①： _____

ご連絡先 電話番号②： _____

※ 固定電話をご記入の方

当院は、肛門科という特殊な科です。
緊急でご連絡させて頂く際、当院の名前をお出ししても宜しいでしょうか？

はい ・ いいえ … 「いいえ」とお答えの方は携帯電話の番号をご記入下さい。
携帯電話をお持ちでない方は、受付までご相談下さい。

● 当院をいつごろ知りましたか？ … 1ヶ月以内 ・ 半年以内 ・ 半年以上前

● 当院をどのように知りましたか？

- ① インターネット（パソコン・スマホ / ホームページを見て・ブログを見て）
検索キーワードを教えてください「 _____ 」
- ② 紹介（医師・当院の患者さん・家族・知人）
- ③ 建物を見て（自宅が近く・勤務先が近く）
- ④ 駅の看板を見て（ _____ 線 _____ 駅）
- ⑤ 本（ _____ ）・雑誌（ _____ ）・新聞広告（ _____ 新聞）
- ⑥ 再来 / その他 …（ _____ ）

● 職業

経営者・管理職・営業・事務・座り仕事・立ち仕事・力仕事・主婦・その他： _____

● 同居しているご家族

祖父母・父・母・兄弟・配偶者・子・なし

● 犬アレルギー

あり・なし・苦手

● 今まで食べ物や薬、歯医者などの麻酔で、アレルギー症状が出たことがありますか？（じんましん、気分が悪くなった、気を失ったなど）

なし ・ あり … 「あり」に該当する食べ物、薬の名前をご記入下さい↓

● 今までの肛門以外の特別な病気を教えてください。

ぜんそく / 花粉症 / アトピー性皮膚炎 / 心臓病 / 糖尿病
肝臓・腎臓病 / 胃腸の病気 / 盲腸 / 高血圧 / 低血圧
感染症疾患（結核・性病・その他： _____）
婦人科疾患 / 泌尿器疾患 / 精神・神経疾患
皮膚病 / 眼科疾患 / 耳鼻科疾患 / 腰痛 / 背骨の疾患 / けが
その他：

● 現在使用している薬・サプリメントを教えてください。

（お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出下さい）

● 肛門以外の手術を受けたことがありますか？

なし ・ あり … 病名： _____

いつ頃： _____

● 女性のみご記入ください。

現在妊娠の可能性はありますか？ _____ あり・なし

生理は？ _____ 規則的・不規則・閉経

最終月経は？ _____ 月 _____ 日（生理中の方 _____ 日目）

妊娠中の方 _____ カ月

出産のご経験 _____ なし・あり … _____ 回（帝王切開 _____ 回）

会陰切開（受けた・受けていない） / 会陰裂傷（あり・なし）

※裏面もあります。

● 身長 _____ cm / 体重 _____ kg / 体温 _____ °C

● 生活は … 規則的 ・ 不規則

● 体調は … 良好 ・ 不良

● 飲酒は … 飲まない ・ 飲む：週に _____ 回 / 量は？

● たばこは … 吸わない ・ 吸う：1日 _____ 本

● 香辛料 … 食べない ・ 少し ・ たくさん

《 便通について 》

● 毎日出る（ _____ 回） ・ 毎日が出ない（ _____ 日に1回） ・ 一定しない

● 今日の便通 … なし ・ あり（硬かった・下痢だった・その他： _____ ）








● トイレに入っている時間 _____ 分

● 状態 … 出始めが硬い ・ 便が細い ・ コロコロ便 ・ 便が残る感じ ・ 薬を飲んで出す

その他： _____

● 硬さ … 水様～軟便～ねり歯磨き粉くらい～やや硬い～硬い ・ 一定しない

↓該当する便の形状に○を付けて下さい。

<input type="checkbox"/>	①  … 小塊が分裂した木の実状の硬便・通過困難
<input type="checkbox"/>	②  … 小塊が融合したソーセージ状の硬便
<input type="checkbox"/>	③  … 表面に亀裂のあるソーセージ状の便
<input type="checkbox"/>	④  … 平滑で柔らかいソーセージ状の便
<input type="checkbox"/>	⑤  … 小塊の辺縁が鋭く切れた軟便・通過容易
<input type="checkbox"/>	⑥  … 不定形で辺縁不整の崩れた便
<input type="checkbox"/>	⑦  … 固形物を含まない水様便

● 今までに受けた肛門の治療はありますか？ … あり ・ なし

「あり」の方、治療の内容は？ … 診察 ・ 薬 ・ 注射 ・ 手術

いつ頃： _____

病院名： 当院 ・ 他院（ _____ ）

● 現在のおしりの症状

いたみ ・ 出血 ・ でっぱり ・ はれ ・ かゆみ ・ べたつき
うみが出る ・ 下着の汚れ ・ におい ・ その他：

● 経過のあらまし

● 温水便座（ウォシュレット）は使用しますか？ → はい / いいえ

「はい」と答えた方にお聞きします。

・どこで使用しますか？（当てはまるものをすべて選択してください）

- 1、自宅
- 2、職場
- 3、職場以外の外出先

・使用目的は？（当てはまるものをすべて選択してください）

- 1、排便直後に洗浄するため
- 2、肛門を刺激して排便を促すため
- 3、排便に関係なく肛門を洗浄するため

・洗う回数は？

1日に約（ ）回程度

・洗浄時間

～5秒 / ～10秒 / ～20秒 / ～30秒 / ～1分 / それ以上：具体的に、約（ ）分くらい

・水圧 → 強く / 中くらい / できるだけ弱く・水温 → 温かい / ぬるま湯 / 冷たい・手で臀部を持って肛門を広げて洗浄しますか？ → はい / いいえ● 「ビデ」（外陰部の洗浄）は使いますか？ → はい / いいえ

「はい」と答えた方にお聞きします。

・どこで使用しますか？（当てはまるものをすべて選択してください）

- 1、自宅
- 2、職場
- 3、職場以外の外出先

・洗う回数は？

1日に約（ ）回程度

・洗浄時間

～5秒 / ～10秒 / ～20秒 / ～30秒 / ～1分 / それ以上：具体的に、約（ ）分くらい

・水圧 → 強く / 中くらい / できるだけ弱く・水温 → 温かい / ぬるま湯 / 冷たい・タイミングは？ → 排尿後 / 排尿前 / 排便時にもついでに使用する

● 排便後、トイレットペーパーで肛門を何回拭きますか？

() 回くらい 多いときは () 回くらい

● それは温水便座（ウォシュレット）を使用した後ですか？ → はい / いいえ

● トイレットペーパーに便が付きますか？ → はい / いいえ

● 便が付いていた場合、どうしますか？

→ 付かなくなるまで拭く / そのまま放置する / 洗ってきれいにする / その他：

● どのようにして拭いていますか？

→ ゴシゴシこすって拭く / ポンポンと軽く押さえるようにして拭く / 押し当てるようにして拭く / その他：

● 入浴時に肛門を石鹸やボディソープなどで洗いますか？ → はい / いいえ

→ 「はい」と答えた方にお聞きします。

・どのようにして洗いますか？

→ 石鹸やボディソープを直接つける / 手に石鹸などの泡を付けて / ボディタオル / ボディスポンジ / タワシ / ブラシ / 泡立てネット / その他：

● 入浴時にシャワーを直接肛門に当てますか？ → はい / いいえ

→ 「はい」と答えた方にお聞きします。

・水圧は？ → 強 / 中 / 弱

・水温は？ → 40度以上 / 40度くらい / 40度以下

・洗浄時間は？ → 5秒以下 / 10秒くらい / 20秒くらい / 30秒くらい / それ以上：

● 肛門の衛生用品で使っているものに○を付けてください。

→ 肛門専用のスプレー / ウェットティッシュ / 清浄綿 / おしりふき / その他：

● 肛門に付けたことがあるものに○をしてください。

→ 市販の痔軟膏 / デリケートゾーン専用の軟膏 / オロナイン / メンソレータム / アロマオイル / ベビーオイル / 馬油 / 紫雲膏 / その他の化粧品 / ステロイド入りの軟膏 / 水虫の薬

・それらのものでかぶれたことがありますか？ → はい / いいえ

→ かぶれたことがある方は商品名を書いて下さい。()

● 肛門を消毒したことはありますか？ → はい / いいえ

「はい」と答えた方にお聞きします。

・何を使用しましたか？

→ アルコール消毒 / マキロン / オキシドール / イソジン消毒液 / オスバン消毒液 / ヒビテン消毒液 / クレゾール / その他：

・消毒薬でかぶれたことはありますか？ → はい / いいえ

→ かぶれたことがある方は商品名を書いて下さい。()