## 大腸内視鏡検査受診票

※ 受診される方へ(太枠線内の記入をお願い致します)

フリカナ 男 生年 S・H 年 月 日 受付								
氏名 女 月日 5 11 年 7 日 天月 番号								
問診事項 あてはまる番号を〇で囲み( )に必要事項を記入して下さい。								
便は毎日出てますか?								
1・1日 1~2回 2・2~3日に1回 3・1週間に1~2回 4・1日4~5回以上 5・その他( )								
便に血がついたことがありますか?								
1·ない 2·ある → (いつから?: どの位?: )								
おなかの痛みはありますか?								
1・ない 2・ある → どのあたりですか?(								
大腸内視鏡を受診したことがありますか?								
1・ない 2・ある → (いつごろ?:平成 年 月頃 その時の所見(大腸ポリープ等)は?: )								
現在、内服しているお薬はありますか?								
1・ない 2・ある → (薬品名:								
体質にあわないお薬はありますか?								
1・ない 2・ある → (薬品名:								
つぎの病気にかかったことがありますか? 1・ない 2・心臓病 3・緑内障 4・脳梗塞、脳出血 5・甲状腺機能亢進症 6・重症筋無力症								
今までにかかった病気、外科的手術をしたことがあれば記入して下さい。								
1·ない 2·ある → (病名: )								
男性の方のみ:前立腺肥大といわれたり、夜に2~3回以上排尿で起きたりすることはありますか?								
1・ない 2・ある								

	◆疾病区分◆	疑い	確定			疑い	確定
01	内痔核	1	2	19	虚血性腸炎	1	2
02	肛門ポリープ	1	2	20	腸結核	1	2
03	大腸ポリープ	1	2	21	アメーバ性腸炎	1	2
04	ポリペクトミー(EMR)	1	2	22	アフタ性腸炎	1	2
05	大腸癌	1	2	23	感染性腸炎	1	2
06	早期大腸癌	1	2	24	偽膜性腸炎	1	2
07	進行大腸癌	1	2	25	(非特異性)腸炎	1	2
08	大腸術後	1	2	26	放射線性腸炎	1	2
09	大腸術後狭宱	1	2	27	単純性腫瘍	1	2
10	カルチノイド	1	2	28	ベーチェット病	1	2
11	脂肪腫	1	2	29	an gio dysplasia	1	2
12	GIST	1	2	30	腸管子宮内膜症	1	2
13	粘膜下腫瘍	1	2	31	アミロイドドーシス	1	2
14	大腸憩室	1	2	32	急性出血性直腸腫瘍	1	2
15	大腸憩室炎	1	2	33	直腸粘膜脱症候群	1	2
16	大腸憩室出血	1	2	34	大腸気腫性嚢胞症	1	2
17	潰瘍性大腸炎	1	2	35	異物	1	2
18	クローン病	1	2	99	その他	1	2

◆疾病区分◆				
1	異常なし			
2	わずかな所見 (心配なし)			
3	要経過観察			
4	要治療継続			
5	要精密検査・要再検査 ( カ月後)			
9	要医療			
医師名				