

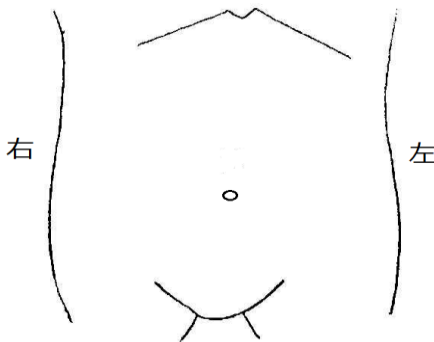
ソケイヘルニア(脱腸)質問票

年 月 日

氏名	様	歳	男 女	未 婚 既 婚	職 種
----	---	---	--------	------------	-----

主婦、デスクワーク、営業など

A～Oの質問に☑チェックを付け、はいの場合は右の選択肢や質問にもお答えください

A 他院にてすでに「ソケイヘルニア」と診断されていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	医療機関名 (病院 ・ 医院 ・ クリニック ・ 診療所) (医師) 紹介状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
B 以前にソケイヘルニアの手術をされていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 右 側	<input type="checkbox"/> 左 側
	年頃	年頃
	<input type="checkbox"/> 日帰り手術 <input type="checkbox"/> 入院手術(日間)	<input type="checkbox"/> 日帰り手術 <input type="checkbox"/> 入院手術(日間)
	医療機関名 ()	医療機関名 ()
C 痛みがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いつも痛む <input type="checkbox"/> がまんできない <input type="checkbox"/> 時々痛む	
	<input type="checkbox"/> 以前痛かった <input type="checkbox"/> 違和感のみある(ひきつれ)	
D 膨らみがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	「はい」の方は下図におおよその場所と大きさを記入してください	
		
E Dで「はい」と答えた方それはいつ頃からですか？	<input type="checkbox"/> 生まれつき <input type="checkbox"/> 10年以上前から <input type="checkbox"/> 数年前から <input type="checkbox"/> 1年くらい前から <input type="checkbox"/> 数ヶ月前から <input type="checkbox"/> 数週間前から <input type="checkbox"/> 数日前から	
F Dで「はい」と答えた方今までに飛び出したまま元に戻らなくなったことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 何日かして自然と元に戻った <input type="checkbox"/> 医療機関で元に戻した <input type="checkbox"/> 手術をした <input type="checkbox"/> 現在も飛び出したまま <input type="checkbox"/> その他()	

<p>G 便通の異常がありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (複数回答可)</p>	<input type="checkbox"/> 便秘気味(頃から) <input type="checkbox"/> 常に便秘 <input type="checkbox"/> 軟便(頃から) <input type="checkbox"/> 下痢気味(頃から) <input type="checkbox"/> 便が細い(頃から) <input type="checkbox"/> 排便回数 日 回 <input type="checkbox"/> 排便時間が長い <input type="checkbox"/> 便秘と下痢を繰り返す <input type="checkbox"/> 下剤を使用(頃から) 薬剤名:
<p>H 最近1年間の体重に変化がありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	<input type="checkbox"/> 増え気味 約()kg / ()ヶ月 <input type="checkbox"/> 減り気味 約()kg / ()ヶ月
<p>I お腹に力が入る職業・趣味ですか(でしたか)？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	<input type="checkbox"/> 重たいものを持つ <input type="checkbox"/> 長時間立ちっぱなし <input type="checkbox"/> スポーツで腹圧がかかる(例:急に走ったり止まったり) <input type="checkbox"/> その他()
<p>J 以前にかかった病気がありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 癌(癌 年頃) <input type="checkbox"/> その他()
<p>K 現在、治療中の病気がありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	<p>病名() 内服している薬剤名() *お薬手帳をお持ちであれば受付にご提出下さい。 いつ頃から治療を受けていますか(年 月頃から)</p>
<p>L 今までに麻酔で異常があったことがありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	
<p>M 出血しやすい体質、または出血が止まりにくい体質と言われたことがありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	
<p>N 医師に使用を禁止されている薬がありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい わかればその薬剤名()</p>	
<p>O 女性の方 現在、妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (現在 妊娠 第 週)</p>	
<p>P その他、気になる症状がございましたらご記入ください</p>	