

OP	切開	GIS	ID
TCS			

COLOPROCTOLOGY

記入日 令和 年 月 日

ふりがな			Date of birth/生年月日			
Name/名前	Male/男 Female/女	Unmarried/未婚 Married/既婚	year	month	day(years old)	
〒()-()			Phone			
Address/住所			— —			
			Height cm Weight kg			

What kind of consultation are you seeking today?/本日はどのような診察を希望されますか？

☐ Proctology/肛門科 ☐ Gastroenterology/消化器内科

☐ Colonoscopy/大腸検査 ☐ Gastrosocopy/胃カメラ ☐ Other/その他

What are your current symptoms?/どのような症状がありますか？

☐ Bleeding from the anus/おしりからの出血がある

Since when/いつ頃～() ☐ Defecation/排便時 ☐ After/排便後 ☐ Aiways/いつも

Frequency/どのくらい ☐ Daily/毎日 ☐ Every few days/数日に1回 ☐ Weekly/週に1回 ☐ Monthly/月に1回

Appearance/どんな ☐ Attached to the toiletpaper/紙につく ☐ Dripping from the anus/ぽたぽた

☐ Comes out with quite a bit of force/シャーと走り出る

☐ Mucous and bloody stool/粘血便 ☐ Bright red bloom/鮮血 ☐ Black stool/黒色便

☐ Something protruding from anus/肛門から何か出ている(脱出)

Since when/いつ頃～()

☐ Every bowel movement/毎回 ☐ Occasionally/時々 ☐ After/排便後 ☐ Always/いつも

Size/大きさ ☐ Pea-sized/小豆大 ☐ Fingertip-sized/小指の頭 ☐ Thumb-sized/親指の頭

☐ Ping-pong ball/ピンポン玉大 ☐ Larger/もっと大きい

Return/どんな ☐ Automatically return/自然に戻る ☐ Push back with finger/指で戻す

☐ Cannot return戻らない

☐ Pain/痛み

Since when/いつ頃～() ☐ Defecation/排便時 ☐ After/排便後 ☐ Always/いつも

What area/どのあたり ☐ Right/右 ☐ Left/左 ☐ Front/前 ☐ Back/後ろ ☐ Inside anus/肛門の中

☐ Outside/肛門の外 ☐ Whole anal area/肛門全体

How severe is your pain?/どのくらいの痛みですか

○1 ○2 ○3 ○4 ○5


0
痛みなし


1
わずかに
痛い


2
もう少し
痛い


3
さらに
痛い


4
かなり
痛い


5
これ以上ない
痛み

☐ Swelling around the anus/おしりの腫れ

Since when/いつ頃～() ☐ Warm/熱感 ☐ Pus discharge/膿

☐ Other anorectal concerns/その他肛門症状()

☐ History of hemorrhoid treatment /痔の治療歴) ☐ Outpatient/通院

☐ Surgery/手術 When: ____ months/ヶ月 ____ years ago/年前

☐ Constipation/便秘 ☐ Diarrhea/下痢 → ☐ Occasionally/たまに ☐ Frequent/頻繁に

☐ Alternating constipation and diarrhea/下痢と便秘

☐ Positive fecal occult blood +/便潜血検査陽性(When/いつ頃)

☐ Other gastrointestinal symptoms/その他消化器症状()

Current or Past Medical History/病歴

☐No ☐Cardiac disease/心臓病() ☐Brain disease/脳疾患()
☐Diabetes mellitus/糖尿病() ☐Kidney disease/腎臓病()
☐Glaucoma/緑内障() ☐Asthma/喘息 ☐Prostate disease/前立腺()
☐Radiation therapy/放射線治療() ☐Abdominal surgery/開腹手術()
☐Neurological or psychiatric disorders/神経・メンタル()
☐Others/その他()

Current Medications/内服薬

☐ Laxatives/下剤()

☐ Blood thinners/血液をサラサラにするお薬()

☐ Birth control pills/ピル()

☐ Psychiatric/mental health meds/神経・メンタルのお薬()

☐ Other medications/その他のお薬()

Any allergies to medications?/アレルギーはありますか ☐ Yes ☐ No

Name of drug/薬品名()

Ever had a reaction to dental anesthesia?/歯医者さんの麻酔で具合が悪くなったことがある ☐ Yes ☐ No

Ever fainted before?/気を失ったことがある ☐ Yes ☐ No

Check all that apply about your stool/便の状態について

Frequency/頻度 ☐Daily/1日 (__ times/回) ☐Every 2~3 days/2~3日に1回
 ☐Less than once every 4 days/4日に1回以下 (__ days/日毎)

Duration/排便時間 ☐Within 3mins/3分以内 ☐5minute/5分 ☐10minute/10分 ☐15minute/15分
 ☐20+mins/20分以上

Type (check corresponding image if applicable)/排便性状 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7



Alcohol・Smoke/お酒・たばこについて

Do you drink alcohol? / お酒を飲みますか ☐ No
☐ Yes → ml/a day ☐ Beer ☐ Sake ☐ Whiskey ☐ Wine ☐ Shochu
 Do you smoke? / たばこを吸いますか ☐ No ☐ Yes → cigarette/a day

For Women/女性の方へ

Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? /妊娠中、またその可能性はありますか

☐ Yes (month) ☐ No

Are you currently breastfeeding? /授乳中ですか ☐ Yes ☐ No

Colonoscopy・Surgery/大腸内視鏡検査・手術

Do you want to colonoscopy?/大腸内視鏡検査を希望しますか ☐ Yes ☐ No

Have you ever had a colonoscopy?/過去に大腸検査の経験がある ☐ No

☐ Yes → ☐ Within one year/1年以内 ☐ Within two year/2年以内 ☐ More than two years ago/2年以上前

Have you ever had a polyp removed?/大腸ポリープを切除したことがある ☐ Yes ☐ No

Will you be given a anaesthetic for a colonoscopy? /麻酔を希望しますか ☐ Yes ☐ No

Do you want to undergo surgery?/手術を希望しますか ☐ Yes ☐ No