

## 初めて炎症性腸疾患（IBD）センターへおかけの方へ

- ① 紹介状をお持ちの方は、当科受付へお出し下さい。  
X線フィルムなどの画像をお持ちの場合、併せてお申し出下さい。  
お借りした画像は主治医が拝見し、今後の治療に必要と判断した場合、当院ではコンピューター画像システムへの取り込み保存を行っております。  
上記につきご同意いただけます方は、添付の画像保存に関する同意書にサインをお願いします。
- ② 問診表を受け取り、可能な範囲でできるだけ詳しくご記入を御願いたします。  
当科の問診表は詳しくお聞きする内容となっています。これは皆様の病状経過を正確に把握し、また皆様の治療に対する考えを知ったうえで、今後の治療に役立てるための大切な参考資料としてカルテに保管されます。  
一部の内容は病院全体の問診票と重複していますが、特に大事な点は詳しく聞くためですので、ご理解の上、ご記載をお願いします。  
ご記入いただきました個人情報にあなたの治療に役立てるためだけに用いられ、当院の定めた「情報セキュリティ管理要綱」に基づき適正管理いたします。
- ③ 現在内服中のお薬があり“お薬手帳”をお持ちの方は、当科受付にてコピーを依頼のうえ問診表への添付を御願いたします。
- ④ 受付前の自動血圧計で血圧、脈拍を測定して問診表にご記入下さい。  
発熱のある方は受付にお申し出いただき、体温計で測定し問診票にご記入をお願いします。
- ⑤ 当院は大学附属病院として、日常診療のみならず、病気の撲滅や治療をより良くする目的に、研究教育機関としての役割も担っております。  
そのため当科への通院加療を希望される患者様には、研究へのご協力をご理解いただきご協力をお願いしております。その点につきまして充分ご理解のうえで“医学研究および教育、研究発表に関する御願”をお読みいただき、同意をいただける方は同意文書へのサインをお願いいたします。

上述の①、⑤につきましては主治医より詳しく説明させていただきます。  
不明点やお聞きになりたいことがありましたらご遠慮なく主治医にお申し出下さい。

以下の質問に内容をご記入ください。また、該当するものに○をつけて下さい。

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 職業 \_\_\_\_\_  
最も太っていた時期と体重（ \_\_\_\_\_ 歳, \_\_\_\_\_ kg）最もやせた時期と体重（ \_\_\_\_\_ 歳, \_\_\_\_\_ kg）

- 本日当院におかかりの目的をお書き下さい。
  - ・あなたの病名：潰瘍性大腸炎、クローン病、腸管ペーチェット病  
クロンクハイト・カナダ症候群 その他
  - ・受診の目的：
    - ・当院での治療目的（内科・外科）
    - ・検査目的（内視鏡など）
    - ・合併症（腫瘍など）の精査・治療目的
    - ・拳児希望、妊娠に関する相談、妊娠中の疾患管理
    - ・治療に関するセカンド・オピニオン目的（内科・外科）
    - ・その他：具体的にお書き下さい：
  
- 今までのあなたの病気（炎症性腸疾患）の経過を可能な限り詳しくお書き下さい。  
（病気の症状、治療内容、入院時期と期間、など）

- ステロイド治療を受けたことがありましたらその時期や量などをわかる範囲でお書き下さい。

- ここ 1 週間のあなたの症状をお書き下さい
  - ・ 1 日の排便回数： \_\_\_\_\_ 回 便の性状：普通・軟便・泥状・水様



- ・炎症性腸疾患の発病前だった
- ・妊娠・授乳中に、腸炎に対する治療はどうしていましたか？
  - ・継続した　・中止した　・その他（具体的に：　　）
- ・炎症性腸疾患の発病前だった

○ その他、IBD センターでの診療に関するご意見・ご要望がありましたらお書き下さい。

※ 問診表をご記入いただき誠に有難うございました。