初めて炎症性腸疾患(IBD)センターへおかかりの方へ

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は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「情報セキュリティー管理要綱」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い"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。

炎症性腸疾患(IBD)センター 外来担当医

以下の質問に内容をご記入ください。また、該当するものに〇をつけて下さい。

<u>氏名</u> 最も太っていた時期と体重(_	性別 男・女 <u>歳, kg</u>)	<u>職業</u> 最もやせた時期と体動	重(<u>歳</u> ,	kg)
・受診の目的: ・当院での治・検査目的・ 向併症(腫・挙児希望、・治療に関する)	8炎、クローン駅 ハイト・カナダ駅 分療目的(内科・ (内視鏡など) 重瘍など)の精査 妊娠に関する村	5、腸管ベーチェット点 E候群 <u>その他</u> 外科) ・治療目的 目談、妊娠中の疾患管理 オピニオン目的(内科・	₽	

○ **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)

- ステロイド治療をう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

・夜中の排便:なし、あり: 一晩に 回・便に血液の混入:なし・あり:時折・毎回少量(紙や便に少量付着)	
中等量(トイレの水がやや赤い)・多量(トイレの水が真った	5)
・便漏れ:なし・あり:ナプキンやおむつの装着(不要・必要)	
・残便感:なし・あり(弱・強)・しぶり症状:なし・あり(弱・強)	
•腹痛:なし•あり:時折•頻回,弱•強, <u>部位:</u>	
・肛門の痛み:なし・あり、肛門の痛みを伴う腫れ:なし・あり、痔瘻(じろ)	う)か
らの排膿:なし・あり	
・発熱:なし・あり: <u>℃</u>	
・腸以外の下記の症状:なし・あり	
(ロ内炎・関節痛・皮膚病変・眼症状・陰部潰瘍・皮膚の瘻孔(ろうこ	.う))
・最近体重の増減:なし・あり(<u>カ月で kg</u> 増・減)	
○ 以下の病気にかかったことがあれば、Oをつけてください	
痔瘻・肛門周囲膿瘍、 結核、 帯状疱疹	
(時期と治療内容:	
	-
以下の疾患にかかったことがあるか、ワクチンを接種したことがあるか、分かる	範囲
で記載をお願いします	
• 風疹(三日はしか):	
かかったこと:あり・なし・不明 ワクチン:打った・打っていない・不	明
• 麻疹(はしか)	
かかったこと:あり・なし・不明 ワクチン:打った・打っていない・不	明
• 水痘(みずぼうそう)	
かかったこと:あり・なし・不明 ワクチン:打った・打っていない・不	明
○海はに行った市はものナオかの	
○海外に行った事はありますか? - パナのハボねのは即でもは拱です。ハカス笠田で掲載られ即をお書き下さい。	
過去のいずれの時期でも結構です、分かる範囲で場所と時期をお書き下さい。	
なし•あり: <u>時期•場所:</u> 	
○ あなたと血のつながった方で以下の病気の方はいますか? 該当するものに○をつ	けて
下さい。	
潰瘍性大腸炎、クローン病	
(上記がある場合、あなたとのご関係:)
高血圧・糖尿病・肝炎・結核・大腸癌	
○女性の方にお聞きします。	
近々妊娠・出産のご予定はありますか? はい・いいえ・なんともいえない	
• 過去に妊娠した際、あなたの腸炎の病状はいかがでしたか?	
・不変 ・改善・悪化(具体的に:)

- ・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。