

鼠径ヘルニア 問診票

氏名	性別 男 ・ 女	記入日 年 月 日
----	-------------	--------------

- **膨らみの場所** ☐ 右側 ☐ 左側 ☐ 左右両方 ☐ 膨らみはない
- **膨らみに気が付いた時期** ☐ () 週間前 ☐ () ヶ月前 ☐ () 年前
- **大きさ** ☐ ピンポン球くらい ☐ 鶏卵くらい ☐ 手拳くらい
- **出現頻度** ☐ 時々 ☐ 毎日(引込むこともある) ☐ ずっと膨らんだまま
- **これまでに鼠径ヘルニアの手術を受けたことはありますか？** ☐ いいえ
☐ はい (1) 今回の症状と同じ側ですか？ ☐ はい ☐ いいえ
(2) 手術時期 _____ 年 もしくは _____ 歳頃 (3) 手術をうけた病院名 _____ 病院

- **鼠径ヘルニア・前立腺癌以外の腹部の手術を受けたことがありますか？** ☐ いいえ
☐ はい (1) 病名 _____
(2) 手術時期 _____ 年 (3) 手術をうけた病院名 _____ 病院

- **(男性の方へ)前立腺癌の手術を受けたことがありますか？** ☐ いいえ
☐ はい (1) 手術時期 _____ 年 (2) 手術をうけた病院名 _____ 病院

- **(男性の方へ)鼠径ヘルニア手術を受けることによって精子の運搬能力に影響を及ぼし、不妊の原因となる可能性が報告されております。今後妊娠を希望される可能性がありますか？**
☐ ある ☐ ない ☐ わからない ☐ 回答を控えたい

- **どのような目的で受診されましたか？**
☐ 精査 ☐ 保存療法 ☐ 手術療法 ☐ セカンドオピニオン ☐ その他()

- **ペースメーカーを装着していますか？** (いいえ ・ 装着あり)

- **今までの病気について、かかった年齢と現在の状況をご記入ください**

オ	高血圧	内服中・指摘のみ	オ	腎臓病	内服中・指摘のみ	オ	肝臓病	内服中・指摘のみ
オ	心臓病	内服中・指摘のみ	オ	泌尿器疾患	内服中・指摘のみ	オ	肺疾患	内服中・指摘のみ
オ	不整脈	内服中・指摘のみ	オ	糖尿病 HbA1C ()	内服中・指摘のみ インシュリン中 リブレンサー使用 インシュリンポンプ使用	オ	喘息	最終発作: 年 月 日
オ	脳疾患	内服中・指摘のみ	オ			治療薬:	常用・発作時のみ・現在なし	
オ	胃潰瘍	内服中・指摘のみ	オ	緑内障	点眼中・指摘のみ	その他		

- **他にも手術を受けた事がありますか？ある場合、いつどのような手術を受けられましたか？**
☐ なし ※記入例: 冠動脈バイパス(65才)、白内障(昨年10月)
☐ あり⇒

- **現在お薬を使用していますか？** (いいえ ・ はい)
お薬手帳またはお薬をお持ちの方は必ず受付へお出しください。

- **アレルギーはありますか？**
☐ なし 麻酔・造影剤・その他薬品()・金属類・ゴム製品・アトピー性皮膚炎
☐ あり⇒ 食品()・その他()

- **たばこ歴は？** ☐ 吸わない ☐ 過去に吸っていた (1日 本)(約 年間)
☐ 現在吸っている (1日 本)(約 年間)

- **アルコールは飲みますか？** ☐ 飲まない ☐ 飲む(種類:)(週に 回)(1回に ml)

- **女性の方へ** ・妊娠可能性は？(あり ・ なし) ・授乳中ですか？(はい ・ いいえ)