問　診　票

平成　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ
氏名　　男・女　　大・昭・平　　年　　月　　日生　　歳

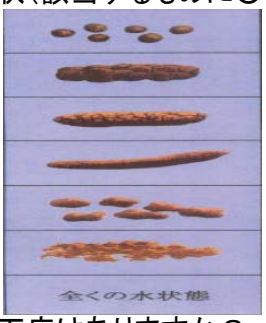
〒　　－
住所
携帯　（　　）　　－　　自宅　（　　）　　－
身長　（　　）cm　　体重　（　　）kg　　血液型（　　）型

1. クローン病と診断されたのはいつ(何歳時)ですか？(診断された医療機関名)
（　　）

2. クローン病での入院・手術歴はありますか？分かる範囲内で結構です。
（　　）
＊狭窄病変の有無について（ 有 ・ 無 ）＊腸閉塞症状を起こしたことはありますか？（ 有 ・ 無 ）

3. 最近、内視鏡検査はいつ受けられましたか？
（　　）

4. 現在便回数・出血の有無・粘液の有無についてお聞かせ下さい。　　・排便回数（　　回/日）
・便の性状(該当するものに〇をつけて下さい。)



（　）硬くてｺﾛｺﾛの兎糞状の(排便困難な)便
（　）ｿｰｾｰｼﾞ状であるが硬い便
（　）表面にひび割れのあるｿｰｾｰｼﾞ状の便
（　）表面がなめらかで柔らかいｿｰｾｰｼﾞ状、あるいは蛇のようなとぐろを巻く便
（　）はっきりとしたしわのある柔らかい半固形の(容易に排便できる)便
（　）境界がほぐれて、ふにゃふにゃの不定形の小片便、泥状の便
（　）水様で、固形物を含まない液体状の便

・夜間の下痢はありますか？　有 ・ 無
・便の失禁はありますか？　有 ・ 無
・血便の有無について(該当するのもに〇をつけて下さい。)
（　　）無
（　　）微量の出血あり
（　　）明らかな出血あり
（　　）大部分が血液
・粘液の有無について(該当するのもに〇をつけて下さい。)
（　　）無
（　　）便に混ざる程度
（　　）明らかな粘液
（　　）大部分が粘液
・腹痛の有無について(該当するのもに〇をつけて下さい。)
（　　）無
（　　）軽度
（　　）中等度
（　　）強度

5. 現在の服薬内容をお聞かせ下さい。
（　　）

6. 過去にレミケード投与歴はありますか？分かれば回数もお願いします。（ 有 ・ 無 ） 回数（　　回 ）

7. 現在レミケード治療をされていますか？（ している ・ していない ）
されているようでしたら現在何週間隔で投与されていますか？（　　週）
＊レミケード投与時に前処理剤としてステロイド薬(プレドニンやソル・コーテフ)、抗ヒスタミン薬(ポララミン)を使用していましたか？（ 使用している ・ 使用していない ・ わからない ）
レミケード治療で副作用が起こったことはありますか？（ 有 ・ 無 ）
レミケード治療で効果が減弱しているように感じますか？（ 思う ・ 思わない ）

8. ヒュミラ皮下注射をされたことがありますか？分かれば回数もお願いします。（ 有 ・ 無 ） 回数（　　回 ）

9. 現在ヒュミラ皮下注射をされていますか？（ している ・ していない ）
ヒュミラ皮下注射で副作用が起こったことはありますか？（ 有 ・ 無 ）
ヒュミラ皮下注射で効果が減弱しているように感じますか？（ 思う ・ 思わない ）

10. 顆粒球吸着療法(GCAP)を受けられたことはありますか？（ 有 ・ 無 ）
あれば、いつ頃ですか？また、その時に副作用(気分不良等)はありましたか？
（　　）

医療法人知音会　堂島内科・消化器内科クリニック