

大腸肛門疾患 問診票

フリガナ	※差し支えない範囲でかまいません。		
氏名	分かる範囲で当てはまるもの全てにご回答下さい。		
自覚 症状	① 肛門が痛みますか？ 《 はい ・ いいえ 》	・ 排便時のみ（排便後 分程続く） ・ 常に痛い	
	② 出血しますか？ 《 はい ・ いいえ 》	・ 排便と関係なく ・ 排便時のみ	・ 真っ赤な血液 ・ 赤黒い血液 ・ 黒い血液
	③ 中から脱出しますか？ 《 はい ・ いいえ 》	・ 排便時のみ ・ 息むと出てくる ・ 常に外出ている	・ 自然に戻る ・ 指で押し込んで戻す ・ 戻らない
	④ 肛門の外側が腫れていますか？ 《 はい ・ いいえ 》	いつから腫れていますか？ (日前から腫れている。)	
	⑤ 下着が汚れますか？ 《 はい ・ いいえ 》	・ ときどき ・ 毎日	・ 血液 ・ うみ ・ 粘液 ・ 便
	⑥ 肛門周囲がかゆいですか？ 《 はい ・ いいえ 》	・ 排便後のみ ・ 常にかゆい	・ その他 ()
	⑦ 熱がありますか？ 《 はい ・ いいえ 》	現在 °C 日前より °Cくらいが続いている	
	⑧ お腹が痛みますか？ 《 はい ・ いいえ 》	どこが、どのように痛みますか？ ()	
便通	回数について ・ 毎日 ・ 回 / 日くらい	排便に要する時間は 分くらい	・ 便秘が多い ・ 下痢が多い ・ 下痢と便秘を繰り返す
生活 状況	・ 仕事の姿勢は 立ちっぱなし 座りっぱなし 自由にできる	仕事量は 軽い ふつう 重労働	仕事内容は ()
	・ ご結婚はされていますか？ 《 はい ・ いいえ 》 ・ パートナーはいますか？ 《 はい ・ いいえ 》	※女性の方のみ 妊娠 () 回 出産 () 回 ⇒ 産後 ヶ月 現在妊娠中 () 週	
	・ お酒は飲みますか？ ⇒ (種類:) を (量:) くらい (頻度:) ・ どのような食事を好まれますか？ ⇒ さっぱりしたもの・油っこいもの・辛いもの		
治療 希望	・ できれば薬で治療したい ・ 必要であれば手術・処置をしたい ・ 先生と相談で決めたい ・ その他 ()	★大腸内視鏡検査をされた事がありますか？《 はい ・ いいえ 》 (年前) に (医療機関:) で ⇒ 必要によっては大腸の内視鏡検査を希望されますか？ 《 はい ・ いいえ 》	