

肛門科問診表

年 月 日記入

ふりがな	住所 〒			—		
氏名						
S.H.R	年	月	日生	電話番号	—	—
	年齢	歳		携帯	—	—
性別	男 ・ 女	職業	来院時体温		度	

当てはまるもの全てに印を付けてください。

1. 出血について

<どれくらい> なし 紙につく ポタポタたれる 勢いよく出る

<どんな色> 鮮やかな赤色 暗赤色

<いつ頃から>

2. 痛みについて

<どれくらい> 痛みなし 少し痛い かなり痛い

<どんなとき> 便をするときだけ いつも痛い

3. 肛門からの脱出について (イボ状のものが出る)

<脱出の程度> 脱出はない 自然に戻る 手で戻る 戻りにくい

<どんなとき> 排便時のみ しゃがんだ時 常に脱出 その他()

4. かゆみについて なし 少しかゆい とてもかゆい

5. 排便の状態

<便の症状> ふつうの便 軟らかい便 硬い便 便が黒い 便が細い
普段便秘気味 普段下痢気味 便秘と下痢の繰り返し

<排便回数> _____ 日に _____ 回 (例: 3日に1回)

★裏面に続きます→→→

6. 肛門の治療をうけられたことがありますか。 ①はい ②いいえ

①はいの方はお答えください。

どんな治療ですか。 1.薬物療法 2.注射療法 3.手術

いつ頃() ところで()

7. (大腸カメラ・便の検査)を受けられたことがありますか。 ←()の該当するものに○を。

○を付けた方はお答えください。

いつ頃() ところで()

8. 現在治療中の病気はありますか。 ①はい ②いいえ

①はいの方はお答えください。

病名() 薬剤名()

9. これまでにかかった病気はありますか。 ①はい ②いいえ

①はいの方はお答えください。

いつ頃() 病名()

10. あてはまる病気はありますか。 緑内障 ・ 心疾患 ・ 前立腺肥大 ・ なし

11. 手術をしたことはありますか。 ①はい 手術名: _____ ②いいえ

12. 輸血をしたことはありますか。 ①はい ②いいえ

13. アレルギーはありますか。 ①はい ②いいえ

①はいの方はお答えください。

食べ物() 薬() その他()

14. お酒は飲みますか。 飲む ・ 飲まない ・ 機会があるときのみ

15. たばこは吸いますか。 吸う(日 本を 年) ・ 吸わない

16. 女性にお聞きします。

現在妊娠中ですか。 ①はい(ヶ月) ②いいえ ③わからない
授乳中 閉経

ありがとうございました。ご記入いただいた内容は秘密を厳守いたします。