

大腸肛門疾患 問診票

フリガナ		※差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 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ことはありますか？《 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 》	