

肛門疾患問診表

No.

年 月 日

氏名 姓 名	男 様	未婚 既婚	生年月日	T S H	年 月 日	歳
〒 現住所		自宅() () 携帯() ()		職 種 例: デスクワーク、営業、主婦など		
緊急連絡先 氏名		様 続柄()				
電話番号		()		※必ずご記入下さい		

「いいえ」か「はい」に○を付け、「はい」の場合は右側の選択肢や質問にお答えください(複数回答可)

A 痛みがありますか いいえ はい	1.いつも痛む 5.ときどき痛む	2.排便時だけ 6.以前痛かった() 年前頃)	3.排便後に痛む	4.がまんできない
B 出血がありますか いいえ はい	1.ときどき出血する	2.排便時必ず出血する	3.排便時以外にも出血する	
C 肛門の状態に 異常がありますか いいえ はい	1.いぼのようなものが 触れるまたはでっばる	→ ①排便後、自然におさまる ②排便後、指で押さなければ入らない ③排便後、元に戻らない ④歩いたり重い物を持つと出てくる ⑤常にしこりが触れる		
	2.不快感がある	→ ①むずむずする ②排便時に重苦しい感じがある ③残便感がある ④肛門の周りがただれているような感じがある		
	3.かゆみがある	→ ①少しある ②非常にかゆい ③ときどきかゆくなる		
	4.液がつくまたはぬれる	→ ①下着が汚れる ②肛門から分泌物が出る ③肛門の周りに孔(あな)があり、分泌物が出る		
D 便通の異常が ありますか いいえ はい	1.便秘気味() 頃から	2.常に便秘	3.粘液便() 頃から	
	4.軟便() 頃から	5.下痢気味() 頃から		
	6.便が細い() 頃から	7.便秘と下痢を繰り返す() 頃から		
	8.排便回数: 日 回位	9.排便時間: 分位		
	10.下剤を使用している() 頃から	→ 薬剤名()		
E 現在、妊娠していますか いいえ はい	月現在 () ヶ月 (予定日 年 月 日)			
F ご出産の経験のある方	() 回			
G 現在、授乳中ですか いいえ はい	出産日 (年 月 日)			

◎裏面も必ずご記入ください◎

H 最近1年間の体重に変化がありますか いいえ はい		約()kg増えた	約()kg減った
I 以前、肛門の病気をした事がありますか いいえ はい	1.いぼ痔(痔核・脱肛) 2.きれ痔(裂肛) 3.あな痔(痔瘻) 4.膿瘍 5.その他() 1)いつ頃ですか 年 月頃 2)その時は治りましたか 治った 治らない 3)どんな治療をしましたか ①市販薬 ②医師からの投薬 ③注射 ④何もしていない ⑤その他() ⑥手術(年 月頃) 手術の回数(1回 2回以上) (都道府県 医・病院)		
J 胃または大腸検査をしたことがありますか いいえ はい	1.内視鏡(胃・大腸) 2.レントゲン(注腸バリウム) 3.便潜血反応検査 1)いつ頃ですか 年 月頃		
K 以前または現在治療中の病気がありますか いいえ はい	現在治療中の病気について、それはいつ頃からですか? 1. 高血圧(才〜) 2. 糖尿病(才〜) 3. 腎臓病(才〜) 4. 肝臓病(才〜) 5. 心臓病(才〜) 6. 結核(才〜) 7. 性病(才〜) 8. 貧血(才〜) 9. その他()		
L 肛門以外の手術をした事がありますか いいえ はい	手術名() いつ頃(年 月頃) 病院名(都道府県 医・病院)		
M 現在服用中のお薬はありますか いいえ はい	薬剤名() お薬手帳をお持ちの方はご提示下さい。		
N 今までに薬を飲んだり注射、麻酔をした後、又は牛乳、卵、魚介類を食べた後に気分が悪くなったり発疹が出たことがありますか いいえ はい	食べ物() お薬()		
O 出血しやすい、または血が止まりにくい体質などと言われた事がありますか		いいえ はい	
P 肉親の方でガンになった方がいますか いいえ はい	どなたが 病名		
Q 医師に使用を禁止されている薬がありますか	いいえ はい (薬剤名:)		
R 紹介状や健康診断・他院での検査結果は持参されていますか	いいえ はい		
S その他、気になる事があればお書きください			