

肛門疾患問診票

平成 年 月 日

フリガナ		才	男・女	配偶者 (有・無)	
氏名 様				職業	
現住所 〒			TEL.		
			携帯電話		
いちばん気になることをお書き下さい			か ゆ み	1. ない 2. ある (少し、非常に)	
				1. 時々 2. いつも 3. 夜間 4. 排便時	
			排 痔 が の 出 時 ぱ り ま す か	1. ない 2. ある	
				いつから () 1. 排便痔だけ 2. しゃがんだ時 3. 歩いたとき 4. いつも出ている	
			は れ	もどり 1. 自然にもどる 具合 2. 指でもどす 3. もどらない	
痛 み が あ り ま す か	1. ない 2. ある			1. ない 2. ある	
	いつから ()		いつから ()		
い つ ま す か	1. 排便時 2. 排便のあと 3. 排便と関係なく		れ 下 ま 着 す が か 汚	1. ない 2. ある	
	1. 軽い 2. 重苦しい 3. ひりひりと 4. ズキズキと激しい痛み			いつから ()	
出 血 は あ り ま す か	1. ない 2. ある		普 段 の 便 通 は い か が で す か	1. 膿 2. 粘液 3. 粘血液 4. わからない	
	いつから ()			1. 規則的 2. 不規則 回数 日 回 排便所要時間 分くらい 便の性状 1. 普通便 2. 軟便 3. 硬い便 4. 細い便	
い つ ま す か	1. 紙につく 2. ぼたぼた落ちる 3. 走り出る 4. 血の固まりが出る		腹 痛	排便状態 1. 普通便 2. 下痢気味 3. 便秘気味 4. 便秘下痢便をくり返す	
	1. まっ赤な色 2. 黒っぽい色 3. 便に血がついて			残便感 1. ない 2. ある	
どの様な			普段、下剤をお使いになっていますか? 1. ない 2. ある (薬品名)		

裏面を御記入下さい

○以前に肛門の病気になったことがありますか？ 1. ない 2. ある	
○それはいつ頃ですか 年前 才頃	
○そのときどうされましたか？ 1. 何もしなかった 2. 売薬 3. 医師の治療を受けた	
○医師の治療を受けられた方は	
1. 投薬のみ 2. 注射療法 3. 手術 (a. 入院 b. 外来) 4. その他	
○その時の病名は 1. いぼ痔 2. 切れ痔 3. 痔瘻 4. その他	
○通院した病院名 ()	
○その後、再手術などされた方は、いつ、どの様な治療を受けたか教えてください。	
大腸の検査を受けたことがありますか？ 1. ない 2. ある	
検査の内容は 1. 検便 2. レントゲン検査 3. 内視鏡検査	
最後の大腸検査はいつごろですか？ 年 月 病院名 ()	
大腸の検査を希望しますか 1. はい 2. いいえ 3. 診察の結果による	
現在治療中の他の病気はありますか？ 治療内容	
1. ない 2. ある	1. 使っている薬 a. なし b. ある
(病名)	()
(病院名)	2. その他 ()
今までにかかった病気はありますか 1. ない 2. ある	
1. 心臓病 2. 高血圧 3. 糖尿病 4. ぜんそく 5. 肝臓病 6. 腎泌尿器	
7. 胃腸病 8. 婦人科 9. 神経科 10. 脳疾患 11. 結核 12. 貧血	
13. その他 病名 ()	
禁止されているまたは副作用の出たことのある薬・薬品などありましたら分かる範囲でお書き下さい。(薬の名前・種類とどの様な症状でした)	
()	
血液が止まりにくいなど言われたことがありますか？ また血流をよくする薬を服用していますか？	
1. ない 2. ある ()	
輸血を受けたことがありますか？	
1. ない 2. ある ()	
今まで麻酔(歯科含む)を受けたことがありますか？ 1. ない 2. ある	
その時に何も異常はありませんでしたか？	
1. ない 2. ある ()	
現在妊娠中もしくはその疑いがありますか 1. ない 2. ある(予定日)	
授乳中ですか？ 1. ない 2. ある	
分娩回数 回	
その他に何かありましたらご自由にお書き下さい。	