

# 大腸肛門疾患問診票

年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	ご職業		出産歴
お名前	[旧姓: ]		生年月日	大 昭 平 令 年 月 日 ( 歳)	有 ・ 無
住所	〒		電話		お子様 ( 名)

いいえ・はい のどちらかに○をしてください。「はい」の場合はその右の質問に答えてください。

<b>A. 痛みがありますか？</b> いいえ・はい	1. いつも痛む    2. 排便時だけ    3. 排便後に痛む    4. 我慢できない 5. ときどき痛む    6. 以前痛かった ( 年前ごろ )
	いつから ( 日前 ) どんな時 ( いつも・排便時のみ・その他 )
<b>B. 出血がありますか？</b> いいえ・はい	1. 時々出血がある    2. 排便時必ず出血する 3. 排便時以外にも出血がある    4. 紙に血がつく 5. ポタポタと落ちる    6. シャーッと勢いよく出る 7. 血の固まりが出る
	いつから ( 日前 ) 出血の色 ( 鮮血 (真っ赤) ・ 黒褐色 (どす黒い色) )
<b>C. 不快感がありますか？</b> いいえ・はい	1. むずむずする    2. 排便後に重苦しい感じがする 3. 肛門のまわりが気持ち悪い    4. 大便が残っているような感じがある
	いつから ( 日前 )
<b>D. かゆみがありますか？</b> いいえ・はい	1. 少しある    2. 非常にかゆい    3. 時々かゆくなる
	いつから ( 日前 )
<b>E. 便通の異常がありますか？</b> いいえ・はい	1. 便秘気味 ( 頃から )    2. 常に便秘 ( 頃から ) 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
	排便回数    日    回 排便時間    分くらい 下剤を使っている場合 ( 頃から ) わかればその薬品名 ( )
<b>F. 肛門の状態に異常がありますか？</b> いいえ・はい	1. 排便時にイボのようなものが出る その時に (イ) 自然に治る    (ロ) 指で押さえなければ入らない (ハ) 飛び出して元に戻らない (ニ) 歩いたり、重いものを持ったりすると出てくる
	2. 肛門のまわりがただれているような感じ 3. 下着が汚れる 4. 肛門から分泌物が出る 5. 肛門のまわりに穴があり、分泌物が出る

