

大腸肛門疾患問診票

平成 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 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。

A. 痛みがありますか？ 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. 出血がありますか？ 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))
C. 不快感がありますか？ 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)
D. かゆみがありますか？ 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)
E. 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 (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 ()
F. 肛門の状態に異常がありますか？ 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

