

肛門疾患問診票

年 月 日

氏名	様	歳	男 女	未 婚 既 婚	職 種
----	---	---	--------	------------	-----

例: デスクワーク、営業、主婦など

「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 4.紙に付く 7.血のかたまりが出る	2.排便時必ず出血する 5.ポタポタ落ちる 8.鮮血(真っ赤な)	3.排便時以外にも出血する 6.シャーっと走り出る 9.黒褐色(どす黒い色)	
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 2.不快感がある 3.かゆみがある 4.液がつくまたはぬれる	→ 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 → 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 → ①少しある ②非常にかゆい ③ときどきかゆくなる → 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) 4.軟便() 頃から) 6.便が細い() 頃から) 8.排便回数: 日 回位	2.常に便秘 5.下痢気味() 頃から) 7.便秘と下痢を繰り返す() 頃から)	3.粘液便() 頃から)	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	現在 妊娠 第() 週			
F 現在、授乳中ですか いいえ はい	出産日 (年 月 日)			

G 薬を飲んだり注射をした後、または牛乳、卵、魚介類等を食べた後、 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
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 歳頃 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 現在、他に治療中の 病気がありますか いいえ はい	病名() 診療科目() もらっている薬剤名() いつから治療を受けていますか(年 月頃から)	
L 以前、他の病気に なった事がありますか いいえ はい	1.高血圧 2.糖尿病 3.腎臓病 4.肝臓病 5.心臓病 6.結核 7.性病 8.貧血 9.その他() 1)いつ頃ですか 年 月頃	
M 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)	
N 今まで麻酔で気分が悪くなったり発疹が出た事がありますか		いいえ はい
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
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		