

大腸・肛門疾患質問表

年 月 日

ふりがな 氏名	殿	オ	男女 男女	職業	既婚 未婚	出産歴 有(人) 無
現住所	郵便番号				TEL ()	

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。

<p>A. 痛みが ありますか</p> <p>いいえ はい</p>	<p>1. いつも痛む 2. 排便時だけ 3. 排便後に痛む 4. がまんできない</p> <p>5. ときどき痛む 6. 以前痛かった(年前頃)</p> <p>いつから(日前)</p>
<p>B. 出血が ありますか</p> <p>いいえ はい</p>	<p>1. 時々出血する 2. 排便時必ず出血する 3. 排便の時以外にも出血する</p> <p>4. 紙につく 5. ポタポタ落ちる 6. シャーっと走り出る</p> <p>7. 血のかたまりが出る</p> <p>いつから(日前) 出血の色(鮮血(真赤)、黒褐色(どす黒い色))</p>
<p>C. 不快感が ありますか</p> <p>いいえ はい</p>	<p>1. むずむずする 2. 排便後に重苦しい感じがある</p> <p>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</p> <p>いつから(日前)</p>
<p>D. かゆみが ありますか</p> <p>いいえ はい</p>	<p>1. 少しある 2. 非常にかゆい 3. 時々かゆくなる</p> <p>いつから(日前)</p>
<p>E. 便通の異常が ありますか</p> <p>いいえ はい</p>	<p>1. 便秘気味(頃から) 2. 常に便秘 3. 粘液便(頃から)</p> <p>4. 軟便(頃から) 5. 下痢気味(頃から)</p> <p>6. 排便回数 日 回 7. 便が細い(頃から)</p> <p>8. 排便時間 分位 9. 便秘と下痢をくり返す(頃から)</p> <p>10. 下剤を使っている場合(頃から) わかればその薬品名 ()</p>
<p>F. 肛門の状態に 異常がありますか</p> <p>いいえ はい</p>	<p>1. 排便時にいぼのようなものが出る その時に (イ) 自然におさまる (ロ) 指でおさなければ入らない (ハ) とび出してもとにもどらない (ニ) 歩いたり重いものを持つと出てくる</p> <p>2. 肛門のまわりがただれているような感じ</p> <p>3. 下着が汚れる 4. 肛門から分泌物が出る</p> <p>5. 肛門のまわりに孔(あな)があり分泌物が出る</p> <p>6. 肛門のまわりがはれている</p>
<p>G. 温水洗浄(ウォッシュ レット等)を使用し ていますか</p> <p>いいえ はい</p>	<p>1. ウォッシュレットがないと排便できない</p> <p>2. 肛門内に水が入るくらいに強い勢いで洗浄している</p> <p>3. 使用し出してからかゆみが出る事がある</p> <p>4. 便や拭いたトイレットペーパーに血が付いているか等を見ない</p> <p>5. 何秒くらい使いますか(秒)</p>
<p>H. 妊娠していますか</p> <p>いいえ はい</p>	<p>月現在 () ヶ月</p> <p>現在授乳中ですか いいえ はい</p>

◎裏面も必ず記入して下さい。

I. <u>薬を飲んだり注射をした後</u> 、または牛乳、卵、かに、えび、魚などを食べて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
J. 最近1年間の体重に変化がありますか		いいえ	はい
		増えきみ 約()kg	減りきみ 約()kg
K. 以前に肛門の病気をした事がありますか	いぼ痔	きれ痔	脱肛
	痔瘻	肛門膿瘍	
	(イ) いつ頃ですか	年前	才頃
	(ロ) その時は治りましたか	治った	治らない
	(ハ) どんな治療をしましたか	I. 売薬 II. 医師からの投薬 III. 注射 IV. その他	
		V. そのままほおっておいた	
		VI. 手術をした(年 月頃)	
		(都道府県	医・病院)
L. 大腸検査を受けた事がありますか	いつ頃(年 月頃)		
	内視鏡	レントゲン (注腸バリウム)	便潜血検査(+、-)
M. 現在、他にかかっている病気がありますか	病名()		
	もらっている薬品名()		
	いつから治療を受けていますか(年 月頃から)		
N. 以前に他の病気になった事がありますか	I. 高血圧	II. 糖尿病	III. 腎臓病
	IV. 肝臓病	V. 心臓病	VI. 結核
	VII. 性病	VIII. 貧血	IX. ぜんそく
	X. その他()	いつ頃(年前頃)	
O. 肛門以外の手術をした事がありますか	手術名()	(年 月頃)	
	病院名(都道府県	医・病院)	
P. 今まで麻酔で異常があった事がありますか	いいえ	はい	
Q. 出血しやすい体質、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	
R. 血液をサラサラにする薬を医師よりもらっていますか	いいえ	はい	
S. 肉親の方でガンになった方がいますか	いいえ	はい	
T. 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	
	わかればその薬品名()		
U. その他の症状がありますか	その症状()	いいえ	はい
V. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか	1. 知人からの紹介 2. ホームページ 3. 看板 4. 電話帳 5. その他()		