

令和 年 月 日

肛門・大腸疾患問診票

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日	男・女	未婚・既婚	職業
住所 〒 -	自宅 - -		携帯 - -	
肛門の痛みがありますか？ ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>	いつも痛む 排便後に痛む(ときどき痛む 時間 分くらい)	排便の時に痛む 以前痛かった	
出血がありますか？ (便潜血反応も含みます) ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>	鮮血(真っ赤) 紙につく程度の少量 便潜血反応が陽性に出た	黒褐色(どす黒い) ポタポタ落ちる	粘血便 大量に出る	
肛門の状態に異常は ありますか？ ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>	いぼのようなものが出る(出ている) 自然におさまる 指で押さなければ入らない 指で押しても入らない 歩いたり重いものを持つと出てくる 肛門のまわりがただれている 下着が汚れる 肛門周囲がはれている 肛門周囲にしこりがある 肛門周囲の孔(あな)から分泌物が出る			
肛門のかゆみや不快感は ありますか？ ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>	かゆい 痛がゆい ムズムズする ヒリヒリする 違和感がある			
以前に肛門の病気をしたことは ありますか？ ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>	いぼ痔 脱肛 きれ痔 痔ろう 肛門周囲膿瘍 その他() いつ頃ですか？ _____年 _____月頃(_____才頃) その時は治りましたか？ 治った 治らない どんな治療をしましたか？ 売薬 医師からの投薬 注射 その他 そのまま何もしなかった 手術をした(_____都府県 _____病院)			
便通の異常はありますか？ ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>	便秘 下痢 便秘と下痢をくりかえす 便が細い 残便感(大便が残っている感じ)がある 粘液が出る 粘血便が出る			
腹痛はありますか？ ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>	いつも ときどき 排便時に痛む はげしく痛む 腹がはる 部位(下腹部 右側 左側 全体的)			
大腸検査を受けたことは ありますか？ ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>	大腸内視鏡 注腸バリウム(レントゲン) 便潜血反応 _____年 _____月頃			
現在、治療している病気は ありますか？ ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>	高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 精神疾患 脳血管疾患 呼吸器疾患 血液疾患 膠原病 潰瘍性大腸炎 クロウン病 過敏性大腸症候群 性病 大腸ポリープ その他() 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)			
以前にかかった大きな病気は ありますか？ ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>	病名() _____年 _____月頃 手術() _____年 _____月頃 (_____都府県 _____病院)			
薬・麻酔・食べ物などの アレルギーや禁止されている ものはありますか？ ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>	薬品名() 食べ物()			
最近1年間の体重の変化はありますか？	ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>	増加 _____Kg	減少 _____Kg	
妊娠していますか？	いない <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/>	妊娠	か月	
その他何かありましたら 記載して下さい				