

# 大腸肛門疾患質問表

平成 年 月 日

ふりがな 氏名	殿	才	男 女	職業	配偶者 有 無	出産歴 お子様	有・無 名
現住所 〒 _____ - _____							
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。

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. がまんできない 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. 紙につく    5. ポタポタと落ちる    6. シャーツと勢いよく出る 7. 血のかたまりが出る 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. かゆみはありますか 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    3. 粘液便 (    頃から) 4. 軟便 (    頃から)    5. 下痢気味 (    頃から) 6. 排便回数    日    回    7. 便が細い (    頃から) 8. 排便時間    分位    9. 便秘と下痢をくり返す (    頃から) 10. 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. 肛門の周りに孔 (あな) があり、分泌物が出る 6. 肛門のまわりがはれている
G. 妊娠していますか いいえ ・ はい	月現在 (    ) カ月 現在授乳中ですか    いいえ ・ はい
H. 薬を飲んだり注射をした後、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、発疹がでたことがありますか	いいえ ・ はい

◎ 2枚目も必ず記入してください。

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。

I. 最近1年間の体重に変化がありますか いいえ ・ はい                      増えぎみ 約 (                      ) kg                      減りぎみ 約 (                      ) kg	
J. 以前に肛門の病気を した事がありますか  いいえ ・ はい	いぼ痔      きれ痔      脱肛      痔ろう      肛囲膿瘍 (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. 市販薬      II 医師からの投薬      III 注射      IV その他      V. そのまま放っておいた VI. 手術をした (                      年                      月頃) (                      都道府県                      医・病院)
K. 大腸検査を受けた ことがありますか いいえ ・ はい	いつ頃 (                      年                      月頃) 内視鏡                      レントゲン                      便潜血検査 (+、-) (注腸バリウム)
L. 現在、他に かかっている病気が ありますか いいえ ・ はい	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)
M. 以前に他の病気に なった事がありますか いいえ ・ はい	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 (                      ) いつごろ (                      年前頃)
N. 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 (                      ) (                      年                      月頃) 病院名 (                      都道府県                      医・病院)
O. 今まで麻酔で異常があった事がありますか	いいえ ・ はい
P. 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
Q. 血液をサラサラにする薬を医者よりもらっていますか	いいえ ・ はい
R. 肉親の方でガンになった方はいますか	いいえ ・ はい
S. 医師に使用を禁止されている薬がありますか  わかればその薬品名 (                      )	いいえ ・ はい
T. そのほかの症状がありますか  その症状 (                      )	いいえ ・ はい
U. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか I 知人からの紹介      II ホームページ      III 看板      IV 電話帳 その他 (                      )	