

< 肛門疾患 問診票 >

年 月 日

お名前:

A.今の症状はいつからですか	頃から			他院からの紹介状 あり・なし
B.痛みはありますか	1.無	2.有	・いつも痛む ・排便後痛む	・排便時痛む ・その他
C.出血はありますか	1.無	2.有	・紙につく ・ほとぼしる出血 ・真っ赤な血 ・粘液と血がまじる	・ポタポタ落ちる ・血のかたまりが出る ・黒っぽい血 ・その他
D.かゆみはありますか	1.無	2.有	・いつも ・少し	・時々 ・ひどい ・夜だけ ・その他
E.ウミや粘液はでますか	1.無	2.有	・時々 ・いつも	・肛門の外から出る ・肛門の内から出る ・その他
F.肛門の周りや脇に 腫れはありますか	1.無	2.有	・腫れて熱をもっている ・しこりがある	・その他
G.肛門から腫れて抜けだす ものがありますか	1.無	2.有	・排便時、抜けでるが自然に入る ・排便時、抜けでるが手でもどす ・歩いてても出てくる ・いつも出ている ・その他	
H.排便は	a.()日に()回 c.便が細く出る感じが (有・無)		b.排便時間は()分くらい d.便が残った感じが (有・無)	
I.便の状態は	・かなりかたい ・普通 ・下痢または下痢に近い ・出始めだけかたい ・軟硬便不規則 ・下痢と便秘の繰り返し ・やわらかい			
J.下剤について	1.使っている		いつから: 薬品名:	
	2.使っていない			
K.今までに肛門の病気に かかった事がありますか	1.無	2.有	いつごろ: 病名:	
L.肛門以外の病気に かかった事がありますか	1.無	2.有	いつごろ: 病名:	
M.現在かかっている肛門以外 の病気はありますか	1.無	2.有	いつから: 病名: 医療機関:	
N.食事について	a.1日()回、規則正しい b.1日()回、不規則 c.外食は(多い・少ない)			
O.飲酒について	1.飲まない	2.飲む	a.(毎日・時々)飲む b.量は(多い・少ない・中位)	
P.薬について	下記の症状の薬をのんでますか (はい・いいえ) *血をかたまりにくくする薬・心臓の薬 薬品名:			

※女性の方へ※

a:出産経験 (有・無)

b:現在妊娠中ですか(はい・いいえ)

c:現在授乳中ですか(はい・いいえ)

★ 1ヶ月以内に 海外へいかれましたか? (はい・いいえ) 行く先()

薬・注射による副作用 無・有 薬品名()

アレルギー 無・有 花粉・食物・金属・その他()

介護保険の申請 ☐あり ☐なし 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)

内服中の薬はありますか

☐いいえ ☐はい(PL病院・他院) お薬手帳持参 無・有

(薬剤名、投薬期間等

)

* マイナ保険証による情報取得に同意された場合、直近1ヶ月以内の処方薬を除き省略可能