

肛門疾患問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		生年月日		性別	
氏名		年 月 日()才		男・女	
痛	程度	がまんできない		便	規則的 ・ 不規則
		がまんできる			回数 日 回
み	いつ	痛くない		通	排便所要時間 分くらい
		排便時			排便 普通・下痢気味
		排便後		便秘気味	
		排便に関係なく		状態 便秘と下痢を繰り返す	
出	程度	はしり出る		腹痛	残便感 ない・ある
		ポタポタ落ちる			時々ある
		紙につく		下剤 使用・使用していない	
		ない			
血	症状	真っ赤な色		ない・ある	
		黒っぽい色		時々ある	
		便に混じっている		大腸の検査を受けたことがありますか？	
		便の周りにつく		ない・ある(年 月頃)	
カ	ユ	ない・ある		以前に肛門の病気になったことが	
				ありますか？	
				ない・ある	
				いつ頃ですか？ 年頃	
腫	れ	ない・ある		肛門の病気で手術をしたことが	
				ありますか？	
				ない・ある(年頃)	
脱	出	ない・排便時		今回の症状で使った薬が	
		歩行時・いつも出ている		ありますか？	
		その他()		ない・ある	
		もどり 自然にもどる		薬品名	
		指でもどす		()	
		具合 もどらない		現在、内服中の薬がありますか？	
分	泌	粘液・粘血便・膿		ない・ある	
		下着が汚れる		薬品名	
		なし		[]	
備	考	ウォシュレットを使用していますか？		はい・いいえ	
		ウォシュレットを使用しないと便が出にくい？		はい・いいえ	