

肛門科問診票

当院にお越しになったのは

1. 他の病院から紹介( 病院・診療所 ) 2. 知人の紹介( 様 )  
 3. ホームページ 4. うわさを聞いて 5. その他( )  
 当てはまる症状に○をつけて下さい

①一番つらい症状は？ 1. 痛み 2. 出血 3. 脱肛 4. かゆみ 5. その他( )	
②いつからこのような症状がありますか 1. ( )日前から 2. ( )週間前から 3. ( )ヶ月前から 4. ( )年前から 5. その他( )	③治療に対する御希望(複数可) 1. 現在の苦痛が取ればよい 2. 手術しようか迷っている 3. 手術して治したい 4. 大腸の検査を受けたい 5. その他( )
④痛み 1. がまんできない 2. がまんできるが痛い 3. 少し痛い 4. 痛くはない	⑤痛むのはいつ 1. 便をする最中に痛む 2. 便をした後に痛む 3. いつも痛い 4. 時々痛む
⑥出血 1. 飛び散る 2. ポタポタ落ちる 3. 紙に付く 4. 血は出ない 5. 便に血が混じる 6. その他( )	⑦かゆみ 1. ある 2. ない
⑨脱出 1. いつも出ていて入らない 2. 指で入れれば収まる 3. 出ても自然に入る 4. 出たことはない	⑧分泌物 1. 膿(うみ)がでる 2. 粘液がでる 3. その他( )
⑩腫れ 1. 肛門のまわりが腫れている 2. 腫れていない	⑩便がもれる 1. はい 2. いいえ
⑭便秘 1. 毎日 2. ( )日に1回 3. 下痢(1日 回) 4. その他( )	⑪肛門に熱感が 1. ある 2. ない
⑮排便時間 5分以内 5~10分 10分以上	⑬今までに大腸カメラを受けたことが 1. ある( 年前) 2. ない
⑮今までのにかかった病気は？ 1. 高血圧 2. 心臓病 3. 脳梗塞 4. 糖尿病 5. 喘息 6. その他( )	⑮今までのにかかった病気は？ 1. 高血圧 2. 心臓病 3. 脳梗塞 4. 糖尿病 5. 喘息 6. その他( )
⑯定期的に飲んでいる薬が ある・ない	
⑯今までのに肛門の手術を受けたことがありますか 1. ある(当院で・他院で 年頃) 2. ない	
⑰今までのに手術以外の痔の治療を受けたことがありますか 1. ある(坐薬・飲み薬・その他 ) 2. ない	