

# 肛門疾患/便秘症状 問診票

フリガナ 氏名		男・女	S/H	年	月	日	歳
住所	〒		電話				携帯
体温	℃	受診日：	年	月	日	ID	

◆症状はいつ頃から？ \_\_\_\_\_ 日前/ \_\_\_\_\_ 週間前/ \_\_\_\_\_ か月前/ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◆肛門の症状がある方は、あてはまる症状にチェックを付けてください。

- 肛門の痛み：□あり □なし
- 肛門からの出血：□あり □なし
- 肛門から痔が出てくる感じ：□あり □なし
- 肛門のかゆみ：□あり □なし
- 肛門が狭い感じがする：□あり □なし

◆便通に関して

- 排便回数：\_\_\_\_\_ 回/1日、または1日\_\_\_\_\_ 回
- 便の硬さ：□硬い □普通 □軟便 □泥状 □水様
- 便意：□頻繁に □普通 □ない
- 残便感：□あり □なし
- 便の漏れ：□あり □なし

◆排便に関して

- 排便時の便座に座る時間：約\_\_\_\_\_ 分
- 排便時にかなりいきむ：□はい □たまに □いいえ

◆生活習慣について

- 食事内容や食事時間のバランス：□良好な方 □普通 □不良
- 睡眠：□良好 □普通 □不良
- 飲酒：□週に3日以上 □たまに □飲まない

◆現在治療中の病気はありますか？ □なし

- 高血圧 □高コレステロール血症 □糖尿病 □肝臓病 □腎臓病 □喘息
- 狭心症や心筋梗塞 □不整脈 □脳出血・脳梗塞 □緑内障
- 男性のみ □前立腺肥大
- 女性のみ □妊娠あるいはその可能性（女性） □授乳中である

◆血をサラサラにする薬を内服されていますか？ □いいえ □はい

◆薬や注射または食べ物のアレルギーはありますか？ □いいえ

はい〔薬 \_\_\_\_\_ 〕〔食べ物 \_\_\_\_\_ 〕