

肛門疾患問診表(裏)

H	1. 有る (いつから : 頃から)		2. 無い	
	程度	1. 軽い	2. にぶい	3. 重苦しい (不快感)
腹痛		4. キリキリ痛む	5. 激痛	
	時間	1. 排便時	2. 排便後	3. 空腹時
		5. 食事中	6. 食後	7. いつも
I	以前も肛門の病気になった事がありますか？		1. 有る	2. 無い
	(イ)いつ頃ですか？			
	(ロ)その時は治りましたか？	1. 治った	2. 治らない	
	(ハ)どんな治療をしましたか？	1. 売薬	2. 医師からの投薬	3. 手術
		4. 注射	5. そのまま放っておいた	
		6. その他 ()		
	(ニ)その時の病名をご存知でしたら記入して下さい。()			
	(ホ)通院された病院名と期間を記入して下さい。			
		1. 当院 期間 ()		
		2. その他「 」		
J	他の病気をされた事がありますか？			
	1. 高血圧	2. 糖尿病	3. 肝臓病	4. 腎臓病
	5. 心臓病	6. 結核	7. 性病	8. 婦人科疾患
	9. 泌尿器疾患	10. 胃腸疾患	11. 強度の貧血	
	12. 神経疾患	13. その他 ()		
K	現在かかっている病気がありますか？		1. 有る	2. 無い
	(イ)病名を記入して下さい。()			
	(ロ)現在治療を受けていますか？	1. いる	2. いない	
	(ハ)いつから治療を受けていますか？ ()			
	(ニ)現在服用中の薬がありますか？	1. 有る	2. 無い	
L	血縁者で、ガンを患った方がいますか？		1. 有る	2. 無い
M	血縁者で肛門疾患にかかった方がいますか？		1. 有る	2. 無い
N	出血しやすい体質とか、血が止まりにくいと言われた事がありますか？			
		1. 有る	2. 無い	
O	今まで麻酔を受けた事がありますか？		1. 有る	2. 無い
P	アレルギーと言われた事がありますか？		1. 有る	2. 無い
Q	薬を飲んだり、注射をした後で気分が悪くなったり、発疹が出た事がありますか？			
		1. 有る	2. 無い	
R	医師に禁止された薬がありますか？		1. 有る ()	2. 無い
S	輸血を受けた事がありますか？		1. 有る	2. 無い
T	次の項目に当てはまりますか？			
	1. 不眠	2. いびき	3. 日中の眠気	4. 動悸
	5. くしゃみ→失禁	6. 頻尿	7. 便またはおならが我慢出来ない	
U	女性の方 妊娠又はその疑いがありますか？		1. 有る (現在 ヶ月)	2. 無い
	現在授乳中ですか？	1. 授乳中である	2. 授乳中でない	
	分娩回数は何回ですか？	()	()	()
V	その他 何かお気づきの事がありましたらご記入ください。			