

服用中のお薬（あり・なし）
お薬手帳（あり・なし）

質 問 表

記入日

(ふりがな) _____	年齢	性別	身長	体重
氏名		男・女		
	才		cm	kg
〒 () - ()	TEL 自宅	配偶者 有・無		
住所	携帯	職 業		

【当てはまるところを○で囲み、いつからか（ ）にお書き下さい】

痛 み	ない	ある	いつから（ ） 排便の時 軽い痛み	排便と関係なく 激しい痛み	
出 血	ない	ある	いつから（ ） 排便時だけ 紙に血がつく *血の色（ 赤い	排便時以外も ポタポタ落ちる 黒っぽい ）	血の固まりがでる
脱 出	ない	ある	いつから（ ） いつもでっぱなし 自然にもどる	排便の時にでる 指でもどす	もどらない
腫 れ	ない	ある	いつから（ ）		
かゆみ	ない	ある	いつから（ ） いつも	時々	夜間
その他	下着が汚れる ⇒ 便・膿・粘液・血液・その他（ ） 便が漏れることがある 臭いが気になる 便がでない ⇒ いつから（ ） その他（ ）				

【気になる症状・心配なことをお書き下さい】

排 便 習 慣	排便回数	日	回（規則的・不規則）	排便所要時間	分くらい
	便の性状	ふつう便	かたい便	やわらかい便	下痢便
		細くて出にくい	出始めだけかたい	下痢と便秘をくり返す	
	普段は下剤を使っていますか いいえ・はい（薬品名）				
洗浄用トイレ（ウォシュレット）を使用しますか する しない					

裏もご記入下さい

【現在治療中の病気があればお書き下さい】

病名または症状	通院している病院

◆次の質問にお答え下さい

- 1) 肛門の病気で治療または手術をしたことがありますか (手術した ・ 手術してない)
- 2) 手術をした肛門の病名はなんですか (脱肛・じろう・)
- 3) 今までに治療したことのある病気を○で囲んで下さい
 緑内障 狭心症 前立腺肥大症 高血圧 脳梗塞
 糖尿病 心筋梗塞 自律神経失調症 肝炎 ぜんそく
 悪性腫瘍 () 腰椎疾患 () その他 ()
- 4) 大腸内視鏡検査を受けたことがありますか ない・ある (年 月頃)
- 5) 便潜血反応の検査を受けたことがありますか ない・ある (年 月頃)
- 6) 介護認定を受けていますか ない・ある (要 介 護 ・ 要 支 援)

◆どちらかを○で囲み、() 内にその薬品名などをお書き下さい

- 1) 今まで麻酔をして具合が悪くなったことがありますか ない・ある ()
- 2) 薬物アレルギー ない・ある ()
- 3) 食べ物アレルギー ない・ある ()
- 4) アルコール類は飲みますか 飲まない 飲む (毎日 時々)
- 5) 喫煙しますか しない する (1日 本)

◆女性の方のみお答え下さい

- 1) 現在妊娠中ですか いいえ はい (妊娠 ヶ月) わからない
- 2) 現在授乳中ですか いいえ はい
- 3) 出産経験はありますか いいえ はい

◆どのような治療をのぞみますか？希望するものに○をつけて下さい

1. 手術 2. 手術以外の治療 3. 大腸検査 4. その他 ()