◀肛門外来

記入日：　　年　　月　　日

氏名　　様 / 生年月日　　/身長　　cm /体重　　kg

他の医療機関からの紹介状を持参されていますか？　　はい　・　いいえ

1．出血はありますか？	□ ある（以下の質問に進む）　□ ない
①いつからですか？	(　　)
②どのような出血ですか？	□ 紙に付く程度　□ ポタポタ出た
③色は？	□ 真っ赤　□ 赤黒い
④いつ出血しましたか？	□ 便の前　□ 便に混じって　□ 便の後　□ 関係なく
2．肛門のイボや脱出がありますか？	□ ある（以下の質問に進む）　□ ない
①いつからですか？	(　　)
②いつ出ますか？	□ 排便時　□ いつも
③どんなふうに出ますか？	□ 全体的に　□ 部分的に
④戻りますか？	□ 自然に戻る　□ 指で戻す　□ 戻らない
3．痛みはありますか？	□ ある（以下の質問に進む）　□ ない
①いつからですか？	(　　)
②いつ痛みますか？	□ 排便時　□ いつも　□ 長時間座ると
③どのような痛みですか？	□ 軽い　□ 鈍い　□ 強い　□ ズキズキ
4．肛門にかゆみがありますか？	□ ある（以下の質問に進む）　□ ない
①いつからですか？	(　　)
②いつかゆいですか？	□ いつも　□ 夜間
5．膿がでたことはありますか？	□ ある（以下の質問に進む）　□ ない
①いつ出ましたか？	(　　)
②繰り返していますか？	□ はい　□ いいえ
6．これまで肛門の診察治療を受けたことがありますか？	□ ある（以下の質問に進む）　□ ない
①いつ頃ですか？	(　　)
②どこの病院ですか？	(　　)
③治療内容は？	□ 軟膏などの薬　□ 手術　□ その他
7．今までに大腸検査は受けたことがありますか？	□ ある（以下の質問に進む）　□ ない
①いつ頃ですか？	(　　)
②どんな検査ですか？	□ 便潜血検査　□ 注腸検査　□ 大腸内視鏡検査
8．どのような治療を希望されますか？	□ 薬で治療してほしい　□ 手術してほしい　□ わからない

【ここからは普段の状況を教えて下さい】

1．排便回数は？	1日（　　）回程度
毎日出ない方は、何日に1回出ますか？	（　　）日に1回程度
2．1回の排便時間はどれくらいですか？	（　　）分程度
3．便が残った感じがしますか？	☐ はい　☐ いいえ
4．便の硬さは？	☐ 硬い　☐ 普通　☐ 柔らかい　☐ 水溶性
5．肛門が狭い感じがありますか？	☐ ある　☐ ない
6．便が漏れることがありますか？	☐ ある　☐ ない
7．定期的に下剤をしようしていますか？	☐ 使っている　☐ 使っていない
8．アルコールは飲みますか？	☐ 毎日　☐ 時々　☐ 飲まない
9．タバコは吸いますか？	☐ はい　☐ いいえ
10．あなたの職業を教えてください	（　　）
11．仕事内容を教えてください	（　　）
12．身内の方でがんの方はいますか？	☐ ある（以下の質問に進む）　☐ ない
	誰が？（　　）　病名は？（　　）
	誰が？（　　）　病名は？（　　）
	誰が？（　　）　病名は？（　　）

【これまでの病気、内服薬などを教えてください】

1．今までのご病気、手術などを教えてください	
2．現在、通院治療を受けている病気を教えてください	
3．現在定期内服はありますか？	☐ はい　☐ いいえ
4．血液をサラサラにする薬はありますか？	☐ はい　☐ いいえ
5．薬アレルギーはありますか？	☐ はい　☐ いいえ
6．食べ物アレルギーはありますか？	☐ はい　☐ いいえ
〈女性の方にお尋ねします〉	
7．現在、妊娠の可能性はありますか？	☐ はい　☐ いいえ
お産は何回されていますか？	（　　回
マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？	☐ はい　☐ いいえ
この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？	☐ はい　☐ いいえ

2022年10月17日改訂