

問診票 (小児科・排便障害・肛門症状)

記入日 2020 年 月 日

ふりがな
氏名：

年齢： 才 ヶ月

性別： 男 女

連絡のつく電話番号

体温 °C 体重 Kg 身長 cm

連れてこられた方 (本人との御関係：父 母 兄弟 その他)

① 本日はどのような症状で受診されましたか? いつから ()

症状：肛門の症状 (出血、痛み) 便秘

その他 ()

② 肛門の症状について詳しくおしえてください。

1.出血 → (あり なし)

a 排便時、紙につく程度 b 排便時にポタポタと落ちる c 便の表面に血がつく

d 便の中に血が混ざる e 下着に血がついている

f 排便以外に出血があった

2.痛み → (あり なし)

a 排便前後に痛みあり b いつも痛い c 急に痛みがおこりおさまる

3. 肛門にイボ → (あり なし)

a いつも出ている b 排便時、出てきて、その後自然にもどる

c 排便時、出てきて、押して戻している

4. お尻がかぶれている

5. その他 ()

③ 便秘はありますか (あり なし) 排便回数は 日間に 回
a コロコロ便 b コロコロ便がかくっついている c ヒビの入った硬い便 d 普通便
e 形のある軟便 f 形のない泥のような便 g 水のような便

④ これまで大きな病気をしたことがありますか
あり () なし

⑤ これまで手術をしたことがありますか
あり (病名 手術名) なし

⑥ 現在、治療中の疾患はありますか
あり (病名) なし

⑦ 内服薬*お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい
あり () なし

⑧ アレルギーの既往
あり (食物 薬剤 その他 ()) なし