

問診票 (小児肛門便秘)

記入日 R 年 月 日

氏名：	年齢： 才 ヶ月	性別：男 女
連絡のつく電話番号：		

連れてこられた方 (本人との御関係 父 母 祖父母 兄弟 その他)

体温：(°C) 体重：(Kg) 身長 (cm)

当院を何でお知りになりましたか？

インターネット (google yahoo その他) ホームページ 他院からの紹介

看板 (通りすがり) 王子公園駅の看板 バス広告 知人の紹介 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

裏もあります→

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 うんちとおしっこのときの状況について教えてください

a トイレでできる c おしっこのみトイレ (うんちはおむつ) c おむつ d トイレトレーニングしている

⑤ これまで大きな病気をしたことがありますか

あり () なし

⑥ 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

⑦ 現在、治療中の疾患はありますか

あり (病名) なし

⑧ 内服薬*お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい

あり () なし

⑨ アレルギーの既往

あり (食物 薬剤 その他 ()) なし