

腹部外科・便通外来問診票

受診日：

氏名：_____ 生年月日：_____

性別：_____ 年齢：_____

1) いつ頃から便秘ですか？ (_____ 日・ _____ ヶ月・ _____ 年 前から)		
2) 日頃の平均的な排便回数は？ <input type="checkbox"/> 1日に _____ 回 <input type="checkbox"/> _____ 日に _____ 回		
3) いつもの便の硬さや形に当てはまる番号は？ (別紙ブリistol便形状スケール参照) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		
4) 日常生活においてどんな症状がありますか？(複数回答可) <input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> お腹がはる <input type="checkbox"/> 便が出にくい <input type="checkbox"/> 残便感がある <input type="checkbox"/> 排便時に肛門付近を押す必要がある <input type="checkbox"/> 便意がない <input type="checkbox"/> 便意があってもトイレに行っても何も出ない <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
5) 日常生活において当てはまるものはありますか？(複数回答可) <input type="checkbox"/> 決まった時間に便がでない <input type="checkbox"/> 朝食を食べない <input type="checkbox"/> 家で排便できない <input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> 関節が痛む <input type="checkbox"/> 排便習慣の急激な変化 <input type="checkbox"/> 便に血が混ざる <input type="checkbox"/> 体重が減った <input type="checkbox"/> お腹にかたまりが触れる <input type="checkbox"/> お腹に水がたまる		
6) 今までに大きな病気をしたことがありますか？ 本人： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名： _____) 家族： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名： _____)		
7) 現在治療中の病気		<input type="checkbox"/> なし
8) 現在服用しているお薬		<input type="checkbox"/> なし
9) 女性の方のみご記入ください ・現在妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

・現在生理中ですか？ はい いいえ

10) 2週間以内に海外への渡航歴がありますか？

はい(国名： 帰国日：) いいえ

または、上記の方との接触がありますか？

はい(国名：) いいえ

 I D

 問診入力者：