

## 「おしりの悩み」専門外来 初診問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ お名前	(男・女)	ご住所			
		電話番号	自宅電話	/携帯電話	
生年月日	昭和・平成・令和	体温	血圧	脈拍	
	年 月 日 ( 歳)	℃	/	回/分	
( クリニック記入欄 )					

おしりのお悩みについてお聞きします。あてはまる箇所にチェック(☑)し、【 】内にご記入ください(複数選択可)。

### ★ おしりの症状について

#### ① おしりから血が出ますか？

なし あり

「あり」の場合、いつ血が出ますか？ : 排便時 排便と関係なし

出血の量は？ : 止まらない ぽたぽた落ちる 紙につく

いつ頃からですか？ 【                      頃から】

#### ② おしりから何か出ますか？

なし あり

「あり」の場合、いつ出ますか？ : 排便時 いつも

戻りますか？ : 自然に戻る 手で戻す 戻してもすぐに出る

戻らない

いつ頃からですか？ 【                      頃から】

#### ③ おしりが痛いですか？

なし あり

「あり」の場合、いつ痛いですか？ : いつも 排便時 排便と関係なく時々

どのくらい痛いですか？ : 座れない がまんできる わずか

いつ頃からですか？ 【                      頃から】

#### ④ おしりがかゆいですか？

なし あり

「あり」の場合、いつ頃からですか？ 【                      頃から】

