病人问卷调查表– 肛肠健康

**病人姓名：**

**饮食和排便习惯**

*(请圈出所有符合情况的选项)*

1. 你是否患有便秘问题? **是/否**
2. 你是否患有腹泻? **是/否**
3. 你是否有排便费劲的问题? **是/否**
4. 你是否大便后经常有不尽感? **是/否**
5. 每次排便持续时间为： 分钟
6. 你是否大便后肛门突出，需要用手按回去? **是/否**
7. 你是否服用纤维补充剂? **是/否**
	1. 如果是，请说明哪一种：
8. 你平均每天喝6-8杯水吗? **是/否**

**症状(直肠区)**

*(请选择所有符合情况的选项)*

* 出血 痒 脱肛
* 压迫或肿胀感 大便失禁 疼痛 灼痛

**其他问题**

*(请圈出所有符合情况的选项)*

1. 你是否对乳胶过敏? **是/否**
2. 你是否怀孕了? **是/否**
3. 你是否服用任何治疗勃起功能障碍的药物或治疗胸痛的硝酸酯类药物? **是/否**
4. 你是否服用任何抗凝药物 (例如“华法林”或“波立维”)? **是/否**
5. 你是否曾经被诊断为患有克罗恩病、直肠炎、门静脉高压症或肛门/直肠癌? **是/否**
6. 你是否服用免疫抑制剂药物或接受放射线治疗? **是/否**
7. 在进行牙科和其他治疗之前，你是否需要服用抗生素? **是/否**

**其他意见?**