

姓名: _____

日期: _____

患者问卷 – 肛门直肠健康

排便与饮食习惯

(请对每题圈选“是”或“否”的回答)

1. 您是否便秘? 是 / 否 腹泻? 是 / 否 排便费劲? 是 / 否
2. 平均每次排便所用时间? _____ 分钟
3. 排便时是否有组织从直肠脱出(脱垂)? 是 / 否 是否需要手动推回? 是 / 否
4. 排便后是否还经常有未排净的感觉? 是 / 否
5. 您是否正在服用纤维补充剂? 是 / 否 若是, 请注明有哪些: _____
6. 您的平均每日饮水量是否达到相当于 6-8 杯水? 是 / 否
7. 您是否正在服用处方止痛药? 是 / 否
8. 您是否曾接受结肠镜或乙状结肠镜检查? 是 / 否 若是, 检查时间: _____
9. 您下次结肠镜检查的预定时间? _____

肛门直肠区域症状

(勾选所有适用项)

<input type="checkbox"/> 出血	<input checked="" type="checkbox"/> 瘙痒	<input checked="" type="checkbox"/> 脱垂	<input checked="" type="checkbox"/> “发作”
<input type="checkbox"/> 压迫感或肿胀	<input checked="" type="checkbox"/> 渗漏或脏污	<input checked="" type="checkbox"/> 疼痛	<input checked="" type="checkbox"/> 灼热感

附加问题

(请对每题圈选“是”或“否”的回答)

1. 您是否对乳胶过敏? 是 / 否
2. 您是否怀孕? 是 / 否 是否哺乳? 是 / 否
3. 您是否正在服用勃起功能障碍药物、治疗肺动脉高压的万艾可、治疗前列腺的希爱力或任何治疗胸痛的硝酸盐类药物? 是 / 否
4. 您是否正在服用抗凝血药或抗血栓药? 是 / 否 若是, 请注明有哪些: _____
5. 您是否曾被诊断患有克罗恩病、直肠炎、门静脉高压或肛门/直肠癌? 是 / 否
6. 您是否正在使用免疫抑制药物或接受放射治疗? 是 / 否
7. 您在进行牙科或其他治疗前是否需要预防性服用抗生素? 是 / 否
8. 您是否有昏厥、晕倒或低血压病史? 是 / 否

其他备注?
