

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 type="checkbox"/> 瘙痒 | <input type="checkbox"/> 脱垂 | <input type="checkbox"/> “发作” |
| <input type="checkbox"/> 压迫感或肿胀 | <input type="checkbox"/> 渗漏或脏污 | <input type="checkbox"/> 疼痛 | <input 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?

