

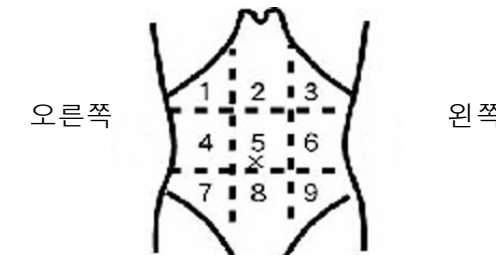
설 문 지

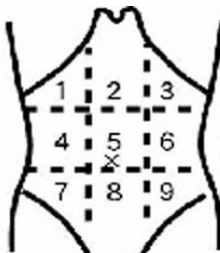
성명: _____

날짜: _____

다카노병원 대장항문센터

1	항문 출혈		3	항문 통증			
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			통증 정도	<input type="checkbox"/> 약함 <input type="checkbox"/> 심함 <input type="checkbox"/> 무딘 통증 <input type="checkbox"/> 박동성 (쿵쿵 쑤시는) <input type="checkbox"/> 가려움		
	발생 시기						
	출혈 정도	<input type="checkbox"/> 소량 <input type="checkbox"/> 중등도 <input type="checkbox"/> 다량					
	출혈 색깔	<input type="checkbox"/> 선홍색 <input type="checkbox"/> 암적색 <input type="checkbox"/> 흑색		4	항문 부종		
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오				발생 시기		
	부종 정도	<input type="checkbox"/> 항문 전체 <input type="checkbox"/> 항문 일부					
	출혈 양상	<input type="checkbox"/> 배변 전 <input type="checkbox"/> 대변에 포함 <input type="checkbox"/> 대변과 유착 <input type="checkbox"/> 배변 후 <input type="checkbox"/> 불규칙함		5	항문 가려움		
		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			발생 시기		
		가려움 정도			<input type="checkbox"/> 약함 <input type="checkbox"/> 심함		
2	항문 탈출 (항문으로 장이 밀려나옴)		6	항문 경결 (단단하게 만져지는 작은 덩어리)			
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
	탈출 정도	<input type="checkbox"/> 전체 직장 <input type="checkbox"/> 직장 일부		발생 시기			
	탈출 시기	<input type="checkbox"/> 배변시 <input type="checkbox"/> 쏘그려 앉을 때 <input type="checkbox"/> 항상					
3	탈출 양상	<input type="checkbox"/> 자연적 복원 <input type="checkbox"/> 손가락으로 복원 <input type="checkbox"/> 복원되지 않음		7	발생 위치		
		<input type="checkbox"/> 오른쪽				<input type="checkbox"/> 오른쪽 <input type="checkbox"/> 왼쪽 <input type="checkbox"/> 전방 <input type="checkbox"/> 후방 <input type="checkbox"/> 중앙 <input type="checkbox"/> 항문 전체 <input type="checkbox"/> 항문 일부	
		<input type="checkbox"/> 왼쪽					
<input type="checkbox"/> 전방							
<input type="checkbox"/> 후방				8	발생 양상		
<input type="checkbox"/> 중앙		항문의 염증이 있는 느낌 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오					
<input type="checkbox"/> 항문 전체		발생 시기					
<input type="checkbox"/> 항문 안쪽				8	분비물 성상		
<input type="checkbox"/> 분비물 성상		<input type="checkbox"/> 농양 <input type="checkbox"/> 점액성 <input type="checkbox"/> 혈성 농양 <input type="checkbox"/> 혈성 점액성					
발생 양상		<input type="checkbox"/> 배변과 무관하게 <input type="checkbox"/> 배변과 유착되어					

9	항문이 좁아진 느낌		23	배변 빈도	
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			() / () 일	
10	변실금		24	배변에 걸리는 시간	
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			약 () 분	
11	변비		25	잔변감	
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
12	설사		26	하제의 사용	
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
13	설사와 변비의 반복		27	발생 시기	
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			사용 빈도	
14	짚은 배변 욕구		28	약제의 이름	
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			용량	
15	소량의 짚은 배변		29	관장 여부	
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
16	대변의 성상		30	복부 팽만	
	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 무름 <input type="checkbox"/> 딱딱함 <input type="checkbox"/> 물갈음			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
17	대변 모양		31	발생 시기	
	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 얇음 <input type="checkbox"/> 이상한 모양 <input type="checkbox"/> 작은 덩이 모양			복통의 위치	
18	대변 색깔		32		
	<input type="checkbox"/> 갈색 <input type="checkbox"/> 검은색 <input type="checkbox"/> 회색 <input type="checkbox"/> 황적색				
19	대변내 소화되지 않은 음식물		33	복통의 정도	
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			<input type="checkbox"/> 약함 <input type="checkbox"/> 무디고 둔함 <input type="checkbox"/> 심함 <input type="checkbox"/> 날카롭게 찌름 <input type="checkbox"/> 갑자기 쿵쿵 찌르듯이 아픔	
20	대변에 무언가 붙어 있음		34	복통의 시기	
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			<input type="checkbox"/> 배변시 <input type="checkbox"/> 배변 후 <input type="checkbox"/> 공복시 <input type="checkbox"/> 식전 <input type="checkbox"/> 식간 <input type="checkbox"/> 식후 <input type="checkbox"/> 항상	
21	배변의 규칙성		35	배변후 통증 소실 여부	
	<input type="checkbox"/> 규칙적 <input type="checkbox"/> 불규칙적			<input type="checkbox"/> 소실 <input type="checkbox"/> 변화 없음 <input type="checkbox"/> 악화	
22	배변 시기				
	<input type="checkbox"/> 오전 <input type="checkbox"/> 오후 <input type="checkbox"/> 야간				

29	복부 압통(눌러서 통증을 느끼는 지점) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	당신은 대장항문 관련 질환을 앓은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	발생 시기	
30	발생 위치 	입원/정기적 병원 진료 (두번째)
	당신의 성격이 이런 증상들과 연관이 있다고 생각 하십니까 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (당신의 성격)	입원/정기적 병원 진료 (세번째)
31	직업이 무엇입니까?	38
32	식사 <input type="checkbox"/> 규칙적 <input type="checkbox"/> 불규칙적	
33	식사 습관 <input type="checkbox"/> 육류 위주의 식사 <input type="checkbox"/> 생선 위주의 식사 <input type="checkbox"/> 채식주의자 <input type="checkbox"/> 균형잡힌 식사	당신은 과거에 중한 병에 걸리거나, 수술 혹은 사고를 겪은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
34	술을 마십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	현재 병력
	흡연을 합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
35	가족이 몇 명입니까?	
36	직계 가족 중에서 대장항문 관련 질환을 앓은 구성원이 있습니까? (누구입니까) (진단은 무엇입니까)	
	직계 가족 중에서 암을 앓은 사람이 있습니까? (누구입니까) (진단은 무엇입니까)	

음식에 대한 알레르기가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (음식 이름)
약물 부작용을 경험한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (약물명)
현재 복용 중인 약물 이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (약물명)
운전이나 기계 조작을 자주 하는 편입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (얼마나 자주/얼마 동안)

(여성만 답하십시오)

임신 중입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
수유 중입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
임신을 몇 번이나 했 습니까?	
출산을 몇 번이나 했 습니까?	

★ 다카노병원을 어떻게 알게 되었나요?

협조해 주셔서 대단히 감사합니다.