

便秘症の問診票

お名前: _____ (男・女) 年齢: 歳 か月

1. 排便回数をお答えください。だいたい()日・週に()回
2. 便通が悪いと思われたのはいつからですか。
()週間・か月・年前から、または()歳()か月頃から
3. おおむね便の形は下記のイラストの何番にあたりますか。()
4. 排便時に痛がりますか。(排便時に泣きますか。) 痛がらない(泣かない)・痛がる(泣く)
5. 便に血が付くことがありますか。 ない・ある
6. 便がトイレから流れないことがありますか。 ない・ある
7. 下着に便が付着していることがありますか。 ない・ある
8. 腹痛を訴えることがありますか、また腹痛のある時はどんな時ですか。
ない・ある
ある場合はどんな時でしょうか、わかれば記入してください。
(_____)
9. これまで便秘の治療はされましたか。
しない・した
使ったお薬がわかれば記入してください。
(_____)
10. それ以外に気になること、お気づきの点があればご記入ください

1		小さくコロコロの便 (ウサギの糞のような便)
2		コロコロの便がつながった状態
3		水分が少なくひびの入った便
4		適度な軟らかさの便 (バナナ、ねり歯磨き粉状)
5		水分が多く非常に軟らかい便
6		形のない泥のような便
7		水のような便