

便秘の問診票

① いつから便秘ですか(下線部分に数字を記入し、日、カ月、年から該当するものにマルをしてください)
 _____ 日、カ月、年 前から

② 今まで大きな病気をされていますか。あればカッコ内に具体的にご記入ください。
なし あり()

③ 今治療中の病気はありますか。あればカッコ内に具体的にご記入ください。
なし あり()

④ 服用している薬はありますか。あればカッコ内に具体的にご記入ください。
なし あり()

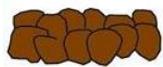
⑤ 日頃の平均的な排便回数を教えてください。
 1日に _____ 回 または _____ 日に1回

⑥ いつもの便の硬さや形を、図を参考に該当する番号で教えてください。

1 2 3 4 5 6 7



小塊が分離した木の
実状の硬便、便の通
過が困難



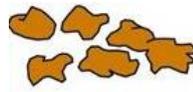
小塊が融合したソーセ
ージ状の硬便



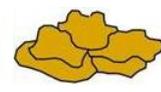
表面に亀裂のあるソー
セージ状の便



平滑で軟らかいソー
セージ状の便



小塊の辺縁が鋭く切
れた軟便、通過容易



不定形で辺縁が崩
れた便



固形物を含まない水様
便

⑦ 症状を教えてください:複数回答可

- お腹が痛い お腹が張る 便がでにくい 残便感がある
排便時に肛門付近を押す必要がある 便意がない
便意があってもトイレに行っても何もでない
その他()

⑧ 当てはまるものにチェックしてください:複数回答可

- 決まった時間に便がでない 便をするときにお腹や肛門付近を押さえる
朝食を食べない 家で排便できない

⑨ 以下の症状はありますか:複数回答可

- 熱がある 関節が痛む 排便習慣の急激な変化 便に血が混じる
体重が減った お腹にかたまりが触れる お腹に水がたまる

⑩ 以下の症状はありますか:複数回答可

- 50歳過ぎてから便秘になった なし あり
 大腸の病気をしたことがある なし あり()
 家族に大腸の病気をした人がいる なし あり()