

## 便秘に関する問診票

下記、該当項目を○で囲んでください。又は、記述（チェック）して下さい

① あなたの日頃の排便回数を教えてください

毎日      2日に1回      3日に1回      3日以上出ない

② あなたの日頃の平均的な便の性状（硬さ）を教えてください



硬くてコロコロの兔糞状の便



ソーセージ状であるが硬い便



表面にひび割れのあるソーセージ状の便



表面がなめらかで柔らかいソーセージ状、  
あるいは、蛇のようなどぐろを巻く便



はっきりとしたしわのある柔らかい半分固形の便



境界がほぐれて、ふにやふにやの不定形の小片便、  
泥状の便



水様で、固形物を含まない液体状の便

③ あなたの便の色を教えてください

黄金色～茶色系統      白色～灰色系統      黒色系統      赤色系統

④ あなたは、いつ頃から便秘で困っていますか？

約 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ か月 \_\_\_\_\_ 前から

⑤ あなたは、日常生活で、排便を我慢する機会がありますか？

全くない      時々ある      いつもある

⑥ あなたは、排便時に、いきみ等、「排便困難感」を感じますか？

全く感じない      時々感じる      いつも感じる

⑦ あなたは、排便後に、まだ便が残っている感じがありますか（残便感）？

全く感じない      時々感じる      いつも感じる

⑧ あなたは、便秘が原因で、お腹が痛い（張る）と感じますか？

全く痛ま（張ら）ない      時々痛む（張る）      いつも痛む（張る）

⑨ あなたは、食事制限（ダイエット等）されていますか？食欲は？

いいえ      はい      食欲は      ある      ない

⑩ あなたは、便秘薬を服用していますか？

いいえ      はい      他院にて      薬剤名  
薬局で購入      商品名

⑪ その他、気掛かりな事、医師に伝えたい事を記入ください