





# 便秘相談 初診問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

以下の質問について、あてはまるものに○をつけてください

・現在の排便状況 排便 : \_\_\_\_\_ 日に1回 (例: 毎日出る方は1日に1回)

便の硬さ

下に○をつける	便の形	
	ウサギの糞状(硬くコロコロ)	
	短く固まった硬い便	
	表面がひび割れたソーセージ状の硬い便	
	表面が滑らかで軟らかいソーセージ状の便	

・排便時の状況について、あてはまるものに全て○をつけてください

- ・お尻を拭いたときに血がつく
- ・排便時にお尻を痛がる
- ・排便を嫌がる
- ・便が出なくなると食欲が落ちる

・生活について、あてはまるものに○をつけてください

食事の面で意識して行っていることはありますか? : ある ない

(あると答えた方のみ) どのようなことをしていますか?

(具体的に \_\_\_\_\_ )

(3歳以上の方のみ) トイレで排尿・排便できますか?

- ・両方できる
- ・排尿のみできる
- ・排便のみできる
- ・両方できない

・便秘の件で病院を受診したことがありますか? : ある ない

(あると答えた方のみ) 相談した医師に何と言われましたか?

(言われた内容を記入 \_\_\_\_\_ )

(あると答えた方のみ) 病院でどのようなことをされましたか? あてはまるものにすべて○をつけてください

- ・薬を処方
- ・浣腸
- ・レントゲン撮影
- ・その他(\_\_\_\_\_)

(薬を処方された方のみ薬の名前 \_\_\_\_\_ )