

# <便秘問診票>

番号: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_

① 普段ご自身が便秘だと思いますか？

強くそう思う そう思う どちらとも言えない 思わない

② 最近、急に便秘になった感じがしますか？ はい いいえ

③ 便に血が混じることはありますか？ はい いいえ

④ 便秘でお困りの症状に当てはまるものはどれですか？

回数が少ない(週 回数程度)

便の状態(下図の何番ですか)

1



小塊が分離した木の实状の硬便・通過困難

2



小塊が融合したソーセージ状の硬便

3



表面に亀裂のあるソーセージ状の便

4



平滑で柔らかいソーセージ状の便

5



小塊の辺縁が鋭く切れた軟便・通過容易

6



不定形で辺縁不整の崩れた便

7



固形物を含まない水様便

残便感がある

強いきむ必要がある等排便困難

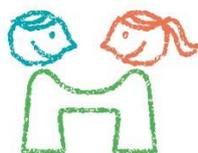
お腹が張る感じがある、苦しい

⑤ 今お飲みの薬について教えてください

市販薬( \_\_\_\_\_ ) 病院で処方されている薬( \_\_\_\_\_ )

満足 やや満足 どちらともいえない やや不満 不満

その理由( \_\_\_\_\_ )



はせがわクリニック

内科 + 消化器内科 + 皮膚科