

便秘 問診票 1 (初診用)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日, _____ 氏名 _____, _____ 年齢 _____ 歳, _____ 性別 男 / 女

1. いつ頃からどのような症状で困っていますか？ :

2. 以前に手術を受けたことがあれば、その時期（何歳の時？）と内容あるいは手術名を以下にお書き下さい。

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.

3. 他の病気で病院にかかっている場合は、その病名と内服している薬のお名前を以下にお書き下さい。

(あるいは、お薬手帳または薬局でもらうお薬一覧表を受診時にご持参下さい.)

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.

4. 女性の方だけにお聞きします。以前出産したことがあれば、その時期（何年前？）と経膈分娩または帝王切開の別、難産の有無をお教え下さい。

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.

便秘 問診票 2 (初診用)

あなたの便秘の程度を正確に知るために、以下の質問にお答え下さい。

質問 1. あなたの日頃の(標準的な体調の時の)排便回数を教えてください。 平均 () 回/日 または 1回/() 日

質問 2. 別紙のブリストル便性状スケールを参考に、日頃のあなたの平均的な便の硬さに相当する番号にマルをして下さい。 タイプ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

質問 3. いつ頃から自分は便秘だと思えますか。 約 年 ヶ月 前から

質問 4. あなたは、自分の「便秘」が、どの程度だと思えますか。

1. すごく軽い 2. 軽い 3. 中ぐらい 4. 重い 5. すごく重い

質問 5. 過去1ヶ月の間に関して、以下の項目に関して当てはまるところをマルして下さい。

① 排便する時に、「りきむ」必要がありますか。「りきむ」程度を教えてください。	全くりきまない	少しりきむ	ある程度りきむ	強くりきむ	とても強くりきむ
② 排便する時に、痛いくらいに「りきむ」必要がありますか。痛くなるくらい「りきむ」頻度を教えてください。	全くない	まれに	時々	たいてい	いつも
③ 排便後に、まだ便が残っている気がする(残便感)がありますか。	全くない	まれに	時々	たいてい	いつも
④ 便秘のため、お腹が痛いと感じましたか。	全くない	まれに	時々	たいてい	いつも
⑤ 排便に要する時間はどの程度ですか	5分未満	5~9分	10~19分	20~29分	30分以上
⑥ 排便しようとトイレに行っても、実際には出ないことがありましたか。	全くない	1日に1~3回	1日に4~6回	1日に7~9回	1日に10回以上
⑦ 便秘のために、下剤を飲んでいませんか。	全くない	まれに	時々	たいてい	いつも
⑧ 便秘のために、坐薬を使っていますか。	全くない	まれに	時々	たいてい	いつも
⑨ 便秘のために、浣腸していますか。	全くない	まれに	時々	たいてい	いつも
⑩ 便秘のために、指で肛門や膣の付近を押しますか	全くない	まれに	時々	たいてい	いつも
⑪ 便秘のため、お腹が張って苦しいと感じましたか。	全くない	まれに	時々	たいてい	いつも
⑫ 便秘のために日常生活が制限されましたか	全くない	まれに	時々	たいてい	いつも
⑬ 便秘のために、これまで医療機関を受診・通院したことがありますか	全くない	受診したことがあるが、今は通院していない	現在も、時々、通院している	現在も、定期的に通院している	

便秘 問診票 3 (初診用)

以下の 28 個の質問は、過去 2 週間の間、便秘があなたの生活にどの程度の影響を与えたかを調べるためのものです。

各項目にあてはまる回答を選んで、□にチェックマーク (レ) をして下さい。

その項目が自分に無関係な質問であったり、たとえ関係してもそれが便秘とは無関係の場合は、「該当せず」にマルをして下さい。

似たような質問がありますが、気にしないで各質問に素直に答えて下さい。

意味が分からない場合は、後で担当医がお答えしますから、選ばないでそのままにしておいて下さい。

以下の 2 問は、便秘による症状に関して尋ねます。 <u>過去 2 週間の間に、便秘のために</u> 以下のようなことが <u>どの程度</u> ありましたか。	全くない	少し あった	ある程度 あった	かなり あった	ものすごく あった	該当 しない
1. お腹が破裂するかと思うぐらいお腹が張った感じ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 便秘のためにお腹が重い感じ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

以下の 4 問は、便秘による日常生活への影響に関して尋ねま す。 <u>過去 2 週間の間に、便秘のために</u> 以下のようなことが <u>どれくらいの頻度</u> でありましたか。	全くない	まれに	時々	たいてい	いつも	該当 しない
3. 体が全体的に調子悪かった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 便を出したいと思うが、うまく出ない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 他の人と一緒にいるのが恥ずかしい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 便が出ないために、少ししか食べない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

以下の 6 問は、便秘による日常生活への影響に関して尋ねま す。 <u>過去 2 週間の間に、便秘のために</u> 以下のようなことが <u>どの程度</u> ありましたか。	全くない	少し あった	ある程度 あった	かなり あった	ものすごく あった	該当 しない
7. 食事内容に注意しなければならなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 食欲が減った (便秘のために)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 食事内容を選べないのではないかと心配した (例えば、友人宅での食事など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 外出中にトイレに長時間こもるのが恥ずかしかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 外出中にトイレに頻回に行くのが恥ずかしかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 日ごろの予定を変更しなければならぬのではないかと 心配した (たとえば、通勤、通学、外出)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

便秘 問診票 4 (初診用)

以下の6問は、便秘に関するあなたの感情に関して尋ねます。 過去2週間の間に、便秘のために以下のようなことが どれくらいの頻度でありましたか。	全くない	まれに	時々	たいてい	いつも	該当 しない
13. いらいらした (便秘という状態のために)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 動転, 混乱, うろたえた (便秘という状態のために)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 便秘という状態が気になってしかたがなかった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ストレスを感じた (便秘という状態のために)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 自信がなくなった (便秘という状態のために)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 自分をコントロールできていない感じがした (便秘で)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

以下の3問は、便秘に関するあなたの感情に関して尋ねます。 過去2週間の間に、以下のようなことがどの程度ありましたか。	全くない	少し あった	ある程度 あった	かなり あった	ものすごく あった	該当 しない
19. いつ便を出せるのか分からないというのが心配だった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 便を出せないということが心配だった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 便を出せないことにますます悩まされるようになった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

以下の3問は、便秘状態でのあなたの生活に関して尋ねます。 過去2週間の間に、便秘のために以下のようなことが どれくらいの頻度でありましたか。	全くない	まれに	時々	たいてい	いつも	該当 しない
22. 現在の状態が将来悪くなるのではないかと心配した。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 自分の体がきちんと働いていないのではないかと感じた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 自分が望むよりも排便回数が少なかった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

以下の4問は、便秘に関するあなたの満足度に関して尋ねます。 過去2週間の間に、以下のようなことに関して、どの程度満足 しましたか。	非常に 満足した	かなり 満足した	満足でも 不満でもない	あまり満足 していない	全く満足 していない	該当 しない
25. 排便回数に関して満足した。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 規則正しく排便があることに満足した。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 口から食べた物が肛門から出てくるまでの時間に満足した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 現在受けている治療に満足した。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>