

# 便秘問診票

受診日： 月 日

ふりがな：

お名前： \_\_\_\_\_ 男・女 年齢： \_\_\_\_\_ か月（ \_\_\_\_\_ 歳）

身長： \_\_\_\_\_ cm、 体重： \_\_\_\_\_ kg（ \_\_\_\_\_ g）

## 排便の状況につきお教えてください

### 1. これまでの経過

- 新生児（生まれてすぐ）の排便回数（毎日（1日 回）、2,3日おき、4,5日おき、6日以上）
- いつから排便回数が減りましたか？（ 月 日 くらい）  
具体的には？（毎日（1日 回）、2,3日おき、4,5日おき、6日以上）
- ミルクについて（母乳、粉ミルク、混合）、食欲（ミルク）（多い、普通、少ない）
- 離乳食について（ 月 日 より開始）（よく食べる、普通、少ない）
- 偏食はありますか？（はい・いいえ）  
好きな食べ物がありますか？（ \_\_\_\_\_ ）  
嫌いな食べ物がありますか？（ \_\_\_\_\_ ）
- 体重増加（良好、普通、やや不良、不良）、身長増加（良好、普通、やや不良、不良）
- 病院を受診しましたか？（はい・いいえ）  
治療内容は（ \_\_\_\_\_ ）

### 2. 現在の状態

- 現在の排便回数（毎日（1日 回）、2,3日おき、4,5日おき、6日以上）
- 食欲が減っている（はい・いいえ）
- 排便時に出血をしますか？（はい・いいえ）
- 排便時に痛みがありますか？（はい・いいえ）
- 排便を嫌がりますか？（はい・いいえ）
- 排便したいのに出せなくて諦めることがありますか（はい・いいえ）
- 便がもれる（パンツが汚れる）ことはありますか？（はい・いいえ）
- 便の硬さは？（硬い普通、柔らかめ、水様）
- 排便時間は？（いきみはじめてから排便まで、或いは、トイレで座っている時間）（ 分 くらい）
- 排便時は？（トイレ・おむつ・どちらも）
- 自立性について（5才以上）：（自分でトイレにいき排便、家族がうながしトイレで排便、おむつで排便）
- お子さんは便秘治療に意欲的ですか？（5才以上）（はい、いいえ、なんとも言えない）

### 3. 排尿について

- トイレトレーニングは？（3才以上）（未施行・トレーニング中・終了している）  
トイレトレーニングは順調ですか？（はい、いいえ、わからない）
- 排尿時は？（おむつ・トイレ・半々）、日中の尿もれは？（あり・なし）、  
夜尿は？（5才以上）（あり・なし・ときどき）→治療は受けていますか？（はい・いいえ）

### 4. これまでの治療について（受けたことのある治療は？）

綿棒浣腸、お腹マッサージ、内服、坐薬 グリセリン浣腸、摘便、手術

お薬の名前（何をいつ頃？ \_\_\_\_\_ ）

グリセリン浣腸（いつ頃？ \_\_\_\_\_ ）

手術内容（ \_\_\_\_\_ ）

### 5. その他、不安や気になることなど自由に記載ください